

Anu Mitikka

KOHTI LAATUA – KUVAUS FYSIOTERAPIAOSASTON  
KEHITTÄMISESTÄ

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2013

## KOHTI LAATUA – KUVAUS FYSIOTERAPIAOSASTON KEHITTÄMISESTÄ

Mitikka, Anu  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi AMK  
Huhtikuu 2013  
Ohjaaja: Sallinen, Merja  
Sivumäärä: 49

Asiasanat: Fysioterapia, kehittäminen, priorisointi ja laatu

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän fysioterapiaosaston toimintatapoja kokonaisvaltaisesti ja löytää sopiva kehittämistapa henkilöstön sitouttamiseksi kehittämistyöhön ja sen tuloksiin. Kehittämisen tavoitteena oli fysioterapian laadun parantaminen huomioimalla vaikuttavuus ja näyttöön perustuvat käytännöt sekä asiakkaat entistä paremmin ja yhtenäistää fysioterapiaosaston toimintatapoja. Opinnäytetyössä hyödynnettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa, jolle on ominaista eteneminen sykleissä, joissa vuorottelevat uutta rakentava toiminta ja toteutuneen toiminnan havainnointi.

Fysioterapiaosaston keskeisimpiä kehittämisalueita olivat fysioterapian priorisointi ja ryhmätoiminnot. Lisäksi kehitettiin kirjaamista, perehdytystä ja lääkinnällisiä hoitosukkia koskevaa prosessia. Kaikkien alueiden kehittäminen toteutettiin samanaikaisesti mutta lomittain, jolloin kehittämisprosessia ei koettu liian raskaana. Fysioterapian priorisoinnilla tavoitettiin toimivampia, yhtenäisempiä ja vaikuttavuuteen perustuvia käytäntöjä sekä saavutettiin asiakkaiden tasapuolisempi kohtelu ja palveluiden oikea-aikainen saatavuus. Ryhmätoimintojen kehittäminen integroitui hyvin fysioterapian priorisointiin ja näin tuki tavoitteiden saavuttamista.

Tulevaisuuden haasteena on jalostaa hyvin käyntiin lähtenyt kehittäminen jatkuvaksi parantamiseksi ja löytää sopivat keinot ja mittarit toiminnan ja laadun arvioimiseksi ja edelleen kehittämiseksi sekä uusien kehittämiskohteiden valitsemiseksi.

# TOWARDS QUALITY – A DESCRIPTION OF DEVELOPING A PHYSIOTHERAPY UNIT

Mitikka, Anu

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation

May 2013

Supervisor: Sallinen, Merja

Number of pages: 49

Keywords: physiotherapy, development, prioritization, quality

---

The purpose of this study was to develop the working procedures in KSTHKY physiotherapy unit and to find out appropriate ways of making the staff committed to developing. The aim of developing was to improve the quality of physiotherapy by implementing evidence-based practices and unifying therapy practices in the unit. The study was an action research that progressed in cycles of problem solving and observing the results of action.

The main areas to be developed in the physiotherapy unit were prioritization of the patients and group activities. Other areas to be developed were documenting the patient calls, introduction of a new employee and the process concerning medical stockings. The developing of all these areas was carried out simultaneously but not at the same time so that the process was not too heavy for the employees. More efficient and more identical working procedures based on evidence were reached through prioritization and developing group activities. At the same time the patients were treated more equally and the services were offered at the right time.

The challenge in the future is to keep on developing and to find appropriate means and measures to evaluate quality of practice and to find new areas to be developed.

## SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT, TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	6
3	KEHITTÄMINEN TOIMINTATUTKIMUKSELLISTA LÄHESTYMISTAPAA HYÖDYNTÄEN .....	9
3.1	Toimintatutkimuksen yleiset piirteet .....	9
3.2	Toimintatutkimuksen kommunikatiivisuus .....	11
4	LAADUNHALLINTA .....	12
4.1	Laadunhallinta terveydenhuollossa.....	12
4.2	Laadunhallintajärjestelmiä.....	14
5	TOIMINTAYMPÄRISTÖTEKIJÖITÄ FYSIOTERAPIASSA .....	15
5.1	Fysioterapiatyöhön vaikuttavia ja asetuksia .....	16
5.2	Resurssit .....	17
5.3	Fysioterapian käyttöön vaikuttavia tekijöitä.....	18
5.4	Muita toimintaympäristötekijöitä .....	20
6	KEHITTÄMISKOHTEIDEN VALIKOITUMINEN .....	21
6.1	Priorisointi .....	23
6.1.1	Priorisointi fysioterapiassa .....	23
6.1.2	Priorisoinnin suunnittelu .....	25
6.1.3	Priorisoinnin arviointi .....	29
6.2	Ryhmätoimintojen kehittämisen lähtökohta ja eteneminen.....	30
6.2.1	Ryhmätilanne ennen uudistusta.....	31
6.2.2	Ryhmätoimintojen muutoksen eteneminen .....	32
6.2.3	Ryhmätoimintojen muutoksen arviointi.....	35
6.3	Kirjaaminen .....	35
6.4	Perehdytys.....	38
6.5	Lääkinnälliset hoitosukat .....	39
7	POHDINTA.....	42
	LÄHTEET .....	45

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan terveydenhuollon tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveyseroja. Ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavilla olevat terveystalvelut toimivat perustana tavoitteille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Valtioneuvoston vuonna 2005 asettaman ja edelleen jatkuvan Paras-hankkeen tavoitteena on varmistaa laadukkaiden palveluiden saatavuus koko maassa. Lisäksi tavoitteena on saavuttaa elinvoimainen, toimintakykyinen ja eheä kuntarakenne. Toteutuksessa huomioidaan kuntalaislähtöisyys ja kehitetään palveluiden rakenteita, tuotantotapoja ja organisointia. (Valtiovarainministeriö 2012). Laadusta ja laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa ensimmäinen valtakunnallinen suositus on annettu vuonna 1995. Suosituksen keskeiset periaatteet liittyivät laadunhallintaan osana jokapäiväistä työtä, asiakaslähtöisyyteen ja tiedolla johtamiseen. Järjestyksessä toinen valtakunnallinen suositus ilmestyi vuonna 1999. Sen tarkoituksena oli mm. edistää asiakaslähtöistä toimintaa, edistää laadunhallinnan käynnistymistä ja kehittymistä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla ja kuvata, miten laadunhallinnalla tuetaan hyvää palvelutoimintaa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, 3 - 4).

Valtakunnallisen laatusuosituksen myötä käynnistyi palvelukohtaisten laatusuositusten laadinta. Osa suosituksista kohdentui tietyille asiakas- tai väestöryhmille. Osa suosituksista on koko väestöön kohdistuvia. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 11.) Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuosituksen antoivat sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto vuonna 2001. Tuolloin laatusuositukset olivat uusia informaatio-ohjauksen välineitä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta on Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (341/2011) ja siihen liittyvässä muistiossa (3.4.2011) täsmennetty säädettyä velvoitetta. Asetuksessa on omat py-

kälänsä suunnitelman sisällölle, täytäntöönpanolle, potilaalle tiedottamiselle ja voimaantulolle.

Kaiken kaikkiaan laadunhallinnan merkitys terveydenhuollossa on kasvanut. Merkitseellisyys ei ole pelkästään lain ja asetusten aikaansaannosta, vaan on huomattu hajallaan olevan tiedon yhteen kokoamisen ja kirjalliseen muotoon saattamisen merkitys toiminnalle. Tämä tosiasia on vaikuttanut myös toimenpiteisiin, joita fysioterapiayksikössämme on lähdetty tekemään matkalla kohti entistä laadukkaampaa palvelua.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä on perustettu vuonna 1974. Nykyään kuntayhtymään kuuluvat Harjavallan ja Kokemäen kaupungit ja Nakkilan, Eurajoen ja Luvian kunnat. Kokemäki on liittynyt kuntayhtymään vuonna 2006, Eurajoki vuonna 2011 ja Luvia liittyi vuoden 2013 alussa. Fysioterapiapalvelu on saatavissa Harjavallassa, Kokemäellä, Eurajoella ja Luvialla. Liittymisten yhteydessä on jouduttu tekemään paljon työtä erilaisten organisaatiokulttuureiden ja toimintatapojen yhtenäistämiseksi. Koska osa muutoksista on tapahtunut aivan hiljattain, yhtenäistämistä jatketaan niin fysioterapiaosastolla kuin koko kuntayhtymässä edelleen.

Lehtomäen (2009, 56) näkemyksen (Davies ym. 2000) mukaan organisaatiokulttuurin merkityksen ymmärtäminen on kaikessa kehittämistyössä tärkeää. Kulttuuri on aina mukana muutoksessa joko edistäen tai estäen sitä. Schiniä 2001 mukaillen Lehtomäki toteaa organisaatiokulttuurin kehittyvän muuttuvien olosuhteiden mukaan, mutta millään mahtikäskyllä ei uutta kulttuuria voida luoda. Pienillä organisaatioilla on yleensä yhtenäinen ja kiinteä kulttuuri, jolloin koordinointi on helpompaa ja keskinäinen tuttuus mahdollistaa kommunikaatio-ongelmien ratkaisemisen epämuodollisin keinoin. Suurempiin kokonaisuuksiin siirryttäessä toiminnallinen tuttuus ei enää ole mahdollista ja täytyy turvautua muodollisiin sopimusprosesseihin, seurannan liittämiseen ja henkilökohtaisen kontaktin korvaaviin menettelytapoihin

Fysioterapiaosastomme eri toimipisteiden toiminta on nojannut paljolti omien pitkäaikaisten kulttuurien varassa toimimiseen. Selviä kulttuurieroja ja eroavaisuuksia toimintatavoissa eri toimipisteiden välillä oli tätä kehittämistyötä käynnistettäessä edelleen vaikka kaksi yksikköä oli toiminut kuntayhtymässä jo vuodesta 2006. Kinunen ja Vuori (2005, 195) toteavatkin, että vahvojen perusarvojen vallitessa organisaatiota on vaikeampaa muuttaa, koska kulttuuri on niin tiukasti kiinni rakenteissa ja rutiineissa. Harisalon (2012, 112) mukaan kulttuuri myös vaikuttaa huomaamatta huomiointikykyyn, eri asioista tehtäviin tulkintoihin ja ohjaa ihmisten ajattelua, valintoja ja toimintaa. Fysioterapiaosastolla eri yksiköiden välistä kulttuurieroja piti varmasti yllä kahden eri yksikön jatkaminen rinnakkain ilman suurempaa tarvetta työntekijöiden liikkumiselle eri yksiköiden välillä. Molemmissa yksiköissä oli lisäksi pitkään samana pysynyt henkilökunta. Olen itse toiminut fysioterapeuttina kuntayhtymässä useita vuosia. Vuoden 2011 alkupuolelta olen toiminut osastohoitajana. Opiskeluni Satakunnan ammattikorkeakoulun kuntoutuksen ylemmässä koulutusohjelmassa antoi hyvät eväät paikan vastaanottamiseen ja kehitystyön koordinointiin.

Työntekijöiden eläköitymisen yms. seurauksena osa henkilöstöstä vaihtui ja myös tarve työntekijöiden liikkumiselle yksiköiden välillä nostivat esiin kulttuurierot ja tarpeen yhtenäistää ja kehittää toimintoja. Kirjallisen materiaalin tuottaminen toimintojen yhtenäistämiseksi oli jo aloitettu ennen siirtymistäni osastohoitajaksi, mutta resurssien vähäisyyden vuoksi siihen panostaminen oli vaikeaa. Toiminnan yhtenäistämällä kirjallisine materiaaleineen ja kulttuurierojen poistamisella saavutettaisiin asiakkaiden tasapuolinen kohtelu eri toimipisteissä. Korkea laatu saataisiin taattua näyttöön perustuvilla toimintatavoilla, koulutuksella ja hyvällä perehdytyksellä. Myös Korhosen (2011, 1) mukaan käytäntöjen yhtenäistämisen tavoitteena on, että toiminta- ja työyksikössä luodaan eri potilasryhmien hoitoon parhaaseen mahdolliseen näyttöön perustuva toimintatapa ja sitä käytetään heidän hoidossaan. Tuloksena on yhtä hyvä – hoitopaikasta riippumaton – hoito. Ilmeni siis selvä tarve sekä fysioterapiaosaston toiminnan yhteisten pelisääntöjen luomiselle että kirjalliselle kuvaamiselle. Lisäksi entiset ja uudet muiden osastojen kanssa yhteiset hoitoprosessit olisi saatava entistä sujuvammiksi kaikkien osapuolien kannalta – erityisesti asiakkaiden.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli fysioterapiatoiminnan kokonaisvaltainen kehittäminen, fysioterapiaosaston toimintojen yhtenäistäminen ja parhaan mahdollisen kehittämistavan löytäminen, jotta koko henkilöstö sitoutuisi kehittämistyöhön ja sen tuloksiin. Tavoitteena on vaikuttavuuteen ja näyttöön perustuvan toiminnan lisäksi asiakkaan huomioiminen entistä paremmin. Laadukkaaseen lopputulokseen pyritään myös toimintatapojen yhtenäistämällä. Lopullisena päämääränä häämöttää fysioterapiaosaston laatukäsikirjan luominen tulevaisuudessa. Tämä päämäärä on kirjattu myös toimintasuunnitelmaamme. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymällä ei ole yhteisesti määriteltyä laadunhallintajärjestelmää, vaan kaikki yksiköt toteuttavat laadunhallintaa omien tarpeidensa ja lähtökohtiensa pohjalta. Tässä opinnäytetyössä kuvataan kehittämistyötä tarkemmin fysioterapian priorisoinnin ja ryhmätoimintojen kehittämisen osalta. Ryhmätoimintojen uudistamisen arviointi saatiin tehtyä tämän opinnäytetyön kirjoittamiseen mennessä. Lisäksi tarkastellaan kirjaamisen ja perehdytyksen kehittämistä ja lääkinnällisiä hoitosukkia koskevaa työprosessin kehittämistä. Kehittämiskohteiden etenemistä on havainnollistettu Kuviossa 1.

## Kehittämiskohteita



**Kuvio 1.** Kehittämiskohteita ja niiden etenemissuunnitelma



### 3 KEHITTÄMINEN TOIMINTATUTKIMUKSELLISTA LÄHESTYMISTAPAA HYÖDYNTÄEN

Tutkimuksen lähestymistapa on lähinnä kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Todellisen elämän tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan ja on mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2008, 157.)

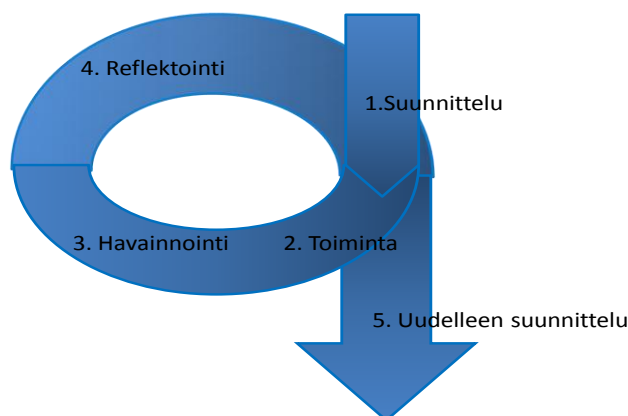
Tutkivalla kehittämistyöllä on terveydenhuollossa useita nimityksiä: puhutaan uudistuksesta, muutoksesta, toimintatutkimuksesta, kehittävästä työtutkimuksesta ja kehittämisprojektista. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 56.) Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa käytännön hyötyä tutkimuksesta. Päämääränä on toiminnan samanaikainen kehittäminen, ei vain tutkiminen. (Aaltola & Valli 2007, 196). Tässä kehittämistyössä on hyödynnetty toimintatutkimuksellista lähestymistapaa.

#### 3.1 Toimintatutkimuksen yleiset piirteet

Tutkimuskohteen tausta on selvitettävä, koska toiminta on jatkuvaa, eikä ala tyhjästä (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 149). Tämän tutkimuksen taustojen selvittäminen on tapahtunut samalla, kun olen perehtynyt osastovastaavan/osastohoitajan työhön ja yksikön tilanteeseen tästä näkökulmasta. Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja se kohdistuu lähinnä sosiaaliseen toimintaan - vuorovaikutukseen. Ihmisten toimintaa ohjaa yhteinen tulkinta tai näkemys toiminnan tarkoituksesta. (Heikkinen ym. 2006, 16 - 17.) Koska kehittämistyön yleisenäkin tavoitteena tässä kehittämistyössä on saavuttaa yhteinen näkemys ja toimintatapa, edesauttaa toimintatutkimuksellinen lähestymistapa myös tässä mielessä päämäärän saavuttamisessa.

Toimintatutkimus hahmotetaan usein syklinä, jossa vuorottelevat uutta rakentava toiminta (konstruoiva) ja toteutuneen toiminnan havainnointi (rekonstruoiva). Suunnitellaan uusi tapa järjestää toimintaa, jonka jälkeen sitä kokeillaan käytännössä.

Toimintaa havainnoidaan ja kerätään valitulla tiedonkeruumenetelmällä tietoa. Kerättyä tietoa arvioidaan ja reflektoidaan ja tulosten pohjalta voidaan jatkaa uudella kokeilulla. Peräkkäiset syklit muodostavat spiraalin, jossa vuorottelevat suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektio ja uudelleen suunnittelu. Vaiheet on esitetty kuviossa 2. Toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen ovat syklien määrää tärkeämpiä. (Heikkinen ym. 2006, 78 - 82.) Fysioterapiayksikön toiminnan kehittäminen on aloitettu useilla toiminnoilla, jotka etenevät lomittain. Kaikkien toimintojen eteenpäin vieminen noudattaa kuitenkin samaa syklettäin etenevää perusideaa. Osassa syklit ovat lyhyempiä, muutamia kuukausia, osassa uuden toimintamallin kokeilu kestää lähes vuoden ennen arviointia, (ks. ryhmätoimintojen kehittäminen).



**Kuvio 2.** Toimintatutkimuksen vaiheet Aaltolaa ja Vallia (2010, 220) (ks. Carri & Kemmis 1986, 186) mukaillen.

Toimintatutkimuksen yhtenä keskeisenä piirteenä pidetään myös toiminnan yhteisöllisyyttä. Tutkija on muiden toimijoiden kanssa aktiivinen osallistuja. (Aaltola & Valli 2007, 205; Heikkinen ym. 2007, 19 - 20.) Tavoitteena on kehittää yhteisön toimintaa, joten havainnointi, analysointi, muutoksen ymmärtäminen ja vanhojen käytäntöjen kyseenalaistaminen ovat tutkimuksen edellytyksiä. Työntekijöiden osallistuminen toiminnan kehittämiseen ja ongelmien ratkaisuun johtaa uusien ratkaisujen myötä toiminnan todelliseen muutokseen ja sitoutumiseen niihin. Tällainen kokonaisvaltai-

nen toiminta voi myös lisätä työntekijöiden tietoisuutta omasta toiminnastaan ja edelleen aktivoida kehittämistyöhön. Silloin on kyseessä valtaistumisprosessi. Osallistujien muutoshaluttomuus ja rutiineista kiinnipitäminen tekevät toimintatutkimuksen periaatteiden kannalta lähtötilanteesta vaikean. (Heikkilä ym. 2008, 133; Heikkinen ym. 2006, 94) Osaltaan tältä pohjalta ja pitkät kulttuurilliset perinteet huomioiden toimintatutkimuksellinen lähestymistapa yksikkömme kehittämisessä tuntui perustellulta. Alun pelko muutosvastarinnasta on kehittämisen edetessä hälvennyt ja olemme uskoakseni päässeet hyvään alkuun toimintakäytäntöjen yhtenäistämisen, kehittämisen ja muutoksiin sitoutumisen osalta. Myös edellä mainittu valtaistumisprosessi vaikuttaa käynnistyneen, sillä ehdotuksia toiminnan parantamiseksi tulee nykyään laajalla rintamalla. Lisäksi henkilöstö on entistä valmiimpaa ottamaan myös toteutusvastuuta.

### 3.2 Toimintatutkimuksen kommunikatiivisuus

Kommunikatiivinen toimintatutkimus pohjautuu tasavertaiseen keskusteluun eli demokraattiseen dialogiin. Keskustelussa korostuu avoimuus ja osallistumisen mahdollisuus. Työntekijää ei pidetä kehittämisen kohteena vaan oman työnsä asiantuntijana ja aktiivisena muutoksen tekijänä. Vuorovaikutus ja osallistujien tasavertainen keskustelu korostuvat kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa. Sillä pyritään lisäämään työntekijöiden osallistumista ja demokratiaa, käyttämällä voimavarana heidän kokemustietoaan. (Heikkinen ym. 2006, 57 - 58.) Kehittämistyötä on viety eteenpäin kuukausipalavereissa ja muutamassa pidemmässä kehittämisspäivässä. Lisäksi näiden välillä on tehty selvitys- ja suunnittelutyötä. Vuorovaikutuksellista ja keskustelevaa otetta on jouduttu alkuun harjoittelemaan kaikkien osallistujien osalta. Oma liiallinenkin innokkuuteni haittasi aluksi muiden osallistumista. Pikkuhiljaa opin pidättelemään omaa innokkuuttani ja mielipiteitäni ja jättämään enemmän tilaa muille. Pikkuhiljaa olemme sisäistäneet uuden toimintatavan ja keskustelu ja osallistuminen on ollut vilkkaampaa. Pääosin Heikkisen ym. mainitsemien dialogisuuden periaatteiden (osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja reflektiivisyys) sisäistäminen on onnistunut (Heikkinen ym. 2006, 102.)

## 4 LAADUNHALLINTA

Teollisuuden alueella laadunhallinta ja laatujohtaminen (jotka alkuun on esitetty kirjallisuudessa synonyymeinä) ovat syntyneet käsitteinä jo 1900 luvun alkupuolella. Lillrankin (1998) mukaan käännteentekeviä ovat olleet 1931 julkaistu laatujohtamisen keskeiset periaatteet sisältävä Walter Shewhartin teos ja 1951 julkaistut Joseph Jurain ja Armand Feigenbaumin teokset, jotka molemmat käsittelevät kokonaisvaltaisen laatujohtamisen periaatteita. Laatujohtaminen ja siihen liittyvät menetelmät ovat levinneet ympäri maailman. Johtamismenetelmien kärjessä ovat olleet: strateginen suunnittelu, missio ja visio, benchmarking, asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja tulospalkkaus. (Lillrank 1998, 11 – 12.)

### 4.1 Laadunhallinta terveydenhuollossa

Monet edellä kuvatuista menetelmistä ovat käytössä terveydenhuollossakin laajalti, myös sellaisissa organisaatioissa, jossa ei ole käytössä erillistä laatujärjestelmää. Laatu onkin kiinteä osa toimintaa ja toimintaa kehitettäessä, kehitetään myös sen laatua.

Ensimmäinen suositus laadusta ja laadunhallinnasta suomalaisessa terveydenhuollossa on annettu vuonna 1995. Idänpää-Heikkilän, Outisen, Norbladin, Päivärinna & Mäkelän (2000, 8) mukaan terveydenhuoltoa koskeva laatu on vaikea määritellä. Palvelujen käyttäjien, palvelujen tuottajien ja johtamisen näkökulmat nousevat esiin puhuttaessa terveydenhuollon laadusta ja laatu voitaisiinkin heidän mukaansa määritellä kyvyksi täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaan.

Laadunhallinnassa asiakas on aina keskiössä ja asiakkaan näkökulman tulisi olla perustana laatu työlle. Asiakkaan näkökulma ei perustu vain kokemukselliseen laatuun, vaan asiakkaat painottavat palvelujen saatavuutta, sujuvuutta ja hyvää ammatillista laatua. Laadunhallinta ja sen arviointi kuuluvat kaikkeen terveydenhuollon toimintaan. Asiakkaiden, maksajatahojen, työntekijöiden ja johdon tietoisuus laadun tasosta

toiminnassa on tärkeää. Laadun seurannan ja arvioinnin avulla tunnistetaan mahdollisuuksia toiminnan parantamiseksi. (Idänpää-Heikkilä ym. 13 – 14.)

Vuonna 2001 julkaistussa selvityksessä laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa todetaan, että laatuajattelun ja laadunhallinnan edistämisen keinoiksi oli valittu suositukset, joissa kuvataan tavoitetilä ja siihen pääsemisen keinoja. Näitä tiedolla ohjaamisen keinoja olivat suositusten lisäksi kehittämishankkeet ja –projektit, erilaisten materiaalien tuottaminen ja niiden käytön edistäminen. Tuolloin laadunhallinnan ohjaamista lainsäädännöllä ei ole katsottu aiheelliseksi. Tehdyssä selvityksessä todetaan laadunhallinnan olleen vasta alkutaipaleella sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja suurimman osan organisaatioista olleen laatuun suuntautumisvaiheessa. Järjestelmällisen laadunhallinnan edellytysten luontivaiheeseen oli edennyt 25 % organisaatioista. Alle kymmenen prosenttia oli järjestelmällisen laadunhallinnan implementointivaiheessa ja laadunhallinnan oli ankkuroinut toimintaan kaksi prosenttia vastaajista. Sektoreittain vertailtaessa terveyskeskukset mainittiin ”perässähihtäjinä” yhdessä yksityisten lääkäriasemien kanssa. (Outinen, Mäki, Siikander & Liukko 2001, 8, 11).

Laadunhallinta sosiaali- ja terveystalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999 raportissa todetaan, että yleisesti terveyden- ja sosiaalihuollon organisaatioissa oli siirrytty laatuun suuntautumisvaiheesta laadunhallinnan edellytysten luomisvaiheeseen. Laadunhallinnan implementointivaiheessa olevien organisaatioiden osuus ei ollut vertailussa kasvanut, kuten ei myöskään organisaatioiden, joilla laadunhallinta oli jo ankkuroitunut toimintaan. Sektoreittain arvioituna terveyskeskukset olivat edelleen selvästi peränpitäjiä ja yksityiset lääkäriasemat vain hieman niitä edellä, kuten oli myös vertailuvuonna 1999. (Outinen, Räikkönen, Holma & Voipio-Pulkki 2007, 13, 81)

Laadunhallintajärjestelmän soveltaminen lähtee perusasioista, kuten toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen määrittelystä. Lisäksi toiminta kuvataan prosesseina, jotka ovat tärkeä osa laatuajattelua. Avainprosessit selkiyttävät työnkulun ja toimivat kehittämisen apuvälineinä. Avainprosessien lisäksi laadunhallintajärjestelmä sisältää työtapakuvaukset ja työohjeet, joissa kuvataan yksityiskohtaisesti, miten työ pitää tehdä. Mahdolliset laatuvaatimukset kuvataan yleisesti tällä tasolla. Varsinainen laa-

tukäsikirja ei ole pakollinen, mutta se auttaa ymmärtämään toiminnan kokonaisuuksia ja palvelee myös käytännön apuvälineenä perehdytyksessä. (Lecklin 2002, 33 - 34).

#### 4.2 Laadunhallintajärjestelmiä

Kokonaisvaltainen laatujohtaminen juontaa siis juurensa teollisuuden laadunkehittäjiin ja heidän näkemyksiinsä laadun parantamisesta vaikuttamalla prosessiin. Tänä päivänäkin käytössä oleva laadunhallintajärjestelmä ISO (International Organization for Standardization) perustettiin jo 1946. Toinen kansainvälisesti tunnettu laadunhallintajärjestelmä on TQM (Total Quality Management). Lecklinin (2002, 17 – 18) mukaan laadun käsitettä on edelleen laajennettu ja nykyään laatu sisältyy myös johtamiseen, strategiseen suunnitteluun ja organisaation kehittämiseen. Asiakaskeskeisyys ja asiakkaiden tarpeet ovat nykyajan laatu toiminnan ensisijainen peruste ja laatu konsepti pitää sisällään myös yrityksen sidosryhmät. Näin ollen laatu käsite soveltuu myös palveluyrityksiin.

Suomessa käytettäviä laadunhallinta ja –kehittämisyjärjestelmiä ISO 9001:n lisäksi ovat esim. EFQM, BSC ja SHQS, joka on erityisesti sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelma. Lisäksi löytyy Kuntaliitossa kehitetty ITE – Työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä, joka on yhteensopiva laadunhallinnan laajempiin järjestelmiin, mutta ei ole sinällään sidoksissa niihin. (ITE – Työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä).

Toiminnan ja laadun kehittämiseen ei sinällään tarvita mitään valmista laadunhallintajärjestelmää tai –menetelmää. Laadunhallinnan järjestelmien hyödyntäminen helpottaa kuitenkin kokonaisuuden hallintaa. Laadunhallinnan yhteydessä puhutaan paljon johtamisesta, mutta Lecklin (2002, 13) korostaa, että vastuu laadusta on kaikilla. Kaiken kaikkiaan sukeltaminen laadun ja muutoksen maailmaan on mielestäni myös oppimisprosessi kaikille, eritoten minulle itselleni esimiehenä, varsinkin kun esimiehen toiminta on todettu merkittäväksi tekijäksi henkilöstön työhön sitoutumisessa (Kauste 2008, 23).

Laadunhallintajärjestelmistä olen tarkimmin perehtynyt ITE-menetelmään, joka voisi soveltua fysioterapiaosastollemme. Menetelmää Holma, Tolvanen ja Vihma kuvaavat (2010, 3, 12) helppokäyttöiseksi ja nopeaksi, mutta kattavaksi laatutyön välineeksi. Siitä on hyviä käyttökokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon erisuuruuksista yksiköistä, myös perusterveydenhuollosta. Tärkeänä asiana pidän sitä, että kuvauksen mukaan menetelmä soveltuu käytettäväksi minkä tahansa muun laadunhallintamenetelmän ohella. Tämä on tärkeää, koska tehty työ ei näin ollen mene hukkaan, jos kuntayhtymään valitaan joku tietty (muu kuin ITE) lähestymistapa laadunhallinnan osalta.

## 5 TOIMINTAYMPÄRISTÖTEKIJÖITÄ FYSIOTERAPIASSA

Julkisen sektorin toimintaympäristö voidaan määritellä kokonaisuudeksi, jossa palveluja suunnitellaan, tuotetaan, kulutetaan ja rahoitetaan. Toimintaympäristön muutostekijät ovat pääosin lähtöisin muualta kuin julkisen sektorin sisältä, eikä julkinen sektori voi muutoksiin paljoakaan vaikuttaa. (Hallipelto 2008, 26). Osaan muutoksista joudutaan reagoimaan nopealla aikataululla, ellei toimintaympäristön muutoksia seurata ja arvioida jatkuvasti. Pelkkä arviointikaan ei riitä, vaan toimintaa pitää kehittää arvioinnin seurauksena. Toimintaympäristön analysoinnilla ja muutoksiin ajoissa reagoimalla voidaan välttää tilanne, jossa muutokset tulevat saneltuina toiminnan ulkopuolisilta tahoilta. Toisaalta Hallipelto (2008, 27) toteaa, että muutosvauhdin nopeutuminen edellyttää sopeutumista ja välillä jopa siirtymistä hitaasta päätöksenteosta reaaliaikaiseen reagointiin. Rynänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen & Kinnunen (2006, 74) toteavat terveydenhuollon uhkatekijäksi sen, ettei palvelujärjestelmä itse kykene reagoimaan muuttuvaan toimintaympäristöön. Terveydenhuoltojärjestelmä onkin heidän mielestään erittäin hidas muuttumaan muihin yhteiskunnan aloihin verrattuna.

## 5.1 Fysioterapiatyöhön vaikuttavia ja asetuksia

Fysioterapian järjestämistä osana lääkinällistä kuntoutusta ohjaavat lait ja asetukset. Kunnalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus (Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 29§). Lisäksi esimerkiksi erikoissairaanhoitolaki ja kansanterveyslaki sisältävät määräyksiä lääkinällisestä kuntoutuksesta. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvat toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet ja apuvälinepalvelut muodostavat valtaosan fysioterapiassa toteutettavasta lääkinällisestä kuntoutuksesta. Muilta osin fysioterapia on mukana moniammatillisen toiminnan kautta toteuttamassa lääkinällisen kuntoutuksen osa-alueita. Asetuksen mukaan kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015, 2§).

Terveystenhuoltolain (1326/2010) kahdeksannessa pykälässä säädetään laadusta ja potilasturvallisuudesta. Erikseen mainitaan terveystenhuollon toiminnan perustuminen näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi korostetaan, että toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. 8 § ohjaa myös konkreettiseen toimintaan:

*”Terveystenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.”*

Keski-Satakunnan terveystenhuollon kuntayhtymän potilasturvallisuussuunnitelma on tekeillä, jonka jälkeen on laadunhallintasuunnitelman vuoro.



## 5.2 Resurssit

Käytettävissä olevista taloudellisista tekijöistä ja resursseista päätetään kuntatasolla, meidän tapauksessamme kuntayhtymätasolla. Näin ollen lääkinnällinen kuntoutus on lakisääteistä, mutta riippuvaista käytettävissä olevista resursseista. Fysioterapian toiminnallisten tekijöiden ohjaus on kuntayhtymän taholta ollut melko väljää ja fysioterapiayksikkö on voinut melko itsenäisesti päättää organisoinnista ja resurssien kohdentumisesta yksikön sisällä. Kuntayhtymässä kuntoutus ja fysioterapia ovat olleet painopistealueina jo pidempään. Esimerkiksi vuodelle 2012 ajoittuneen fysioterapeuttien toimen lisäyksen perusteluina oli kuntoutuksen tehostaminen laitospaikkojen vähenemisen myötä (Talousarvio vuodelle 2012, 3). Tämä suuntaus on Lääkinnällinen kuntoutus-raportin (2009, 11) mukaan yleisemminkin nähtävissä ja nykyään kuntoutus ymmärretään myös investointina eikä pelkästään kustannuksena. Vuonna 2013 alussa kuntayhtymän väestöpohja on n. 30 400 ja fysioterapiaa toteuttaa 10 fysioterapeuttia, 1 kuntohoitaja ja osastonhoitaja. Lisäksi kahdella kunnalla on fysioterapeutti sosiaalitoimen alaisuudessa ja yhdellä kuntayhtymän ulkopuolisessa terveystoimen osassa osa-aikainen fysioterapeutti.

Suomen Fysioterapeuttien tekemän selvityksen mukaan vuonna 2007 perusterveydenhuollossa työskenteli keskimäärin 2,5 fysioterapeuttia 10.000 asukasta kohti ja erikoissairaanhoidossa suhdeluku oli 2,3. Selvityksen mukaan väestöön suhteutettu suhdeluku on pysynyt lähes samana koko 2000-luvun. (Kukka 2011, 25). Sotkanetin lukuihin tarkemmin perehtyminen osoittaa, että Satakunnassa on vuonna 2007 ollut maan paras suhdeluku, kun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon luvut lasketaan yhteen. Yhteenlaskettu suhdeluku oli Satakunnassa 5,5 (perusterveydenhuolto 3,0 ja erikoissairaanhoito 2,5) ja koko maan keskiarvo 4,8. (Sotkanet). Vuoden 2007 jälkeisiä tietoja ei Sotkanetistä ole saatavilla. Keski-Satakunnassa vuonna 2007 perusterveydenhuollon suhdeluku oli 3,2 mukana Harjavalta, Nakkila ja Kokemäki ja Kiukainen (Kiukainen eronnut kuntayhtymästä vuonna 2009 liittyttyään Euran kuntaan.) Vuoden 2013 alussa suhdeluku on 3,6, mukana Harjavalta, Nakkila, Kokemäki, Eurajoki ja Luvia.

Fysioterapian osalta Suomessa ei ole henkilöstömitoituksen määrällisiä suosituksia. Kukan (2011, 27) selvityksessä korostetaan, ettei määrällinen henkilöstömitoitus

huomioi kuntien erilaisia palvelujen tarpeita, jotka johtuvat esim. väestörakenteesta, terveyseroista ja sosiaalisista ongelmista. Henkilöstön mitoittamiseen vaikuttavia tekijöitä on toimintayksikön rakenteellisen toimivuuden lisäksi koko. Lisäksi vaikuttavat alueelliset työkäytännöt ja tehtävien organisointi. Pulkin (2012, 21) tutkimuksessa Goddardin & Smithin mukaan lähetekäytännöt, tarvearviointi ja henkilöstön rooli ”portinvartijana” ovat myös merkittäviä tekijöitä palvelujen saatavuuteen. Kukan (2011, 27) tutkimuksen mukaan henkilöstön rakenteen arvioinnille ja seurannalle työn luonne asettaa erityisiä haasteita. Erityistyöntekijän työnkuva sisältää paljon välillistä asiakastyötä ja asiakkaan yksilöllinen tilanne ja kuntoutuksen tarve voivat vaihdella suurestikin saman palvelumuodon sisällä. Lääkinnällistä kuntoutusta (2009, 55) koskevassa tuloksellisuustarkastuksessa mitoituksen kokonaisuutta koskien resurssien kohdentumisen ajatellaan olevan niiden määrän ohella tärkeä toimintaan vaikuttava seikka.

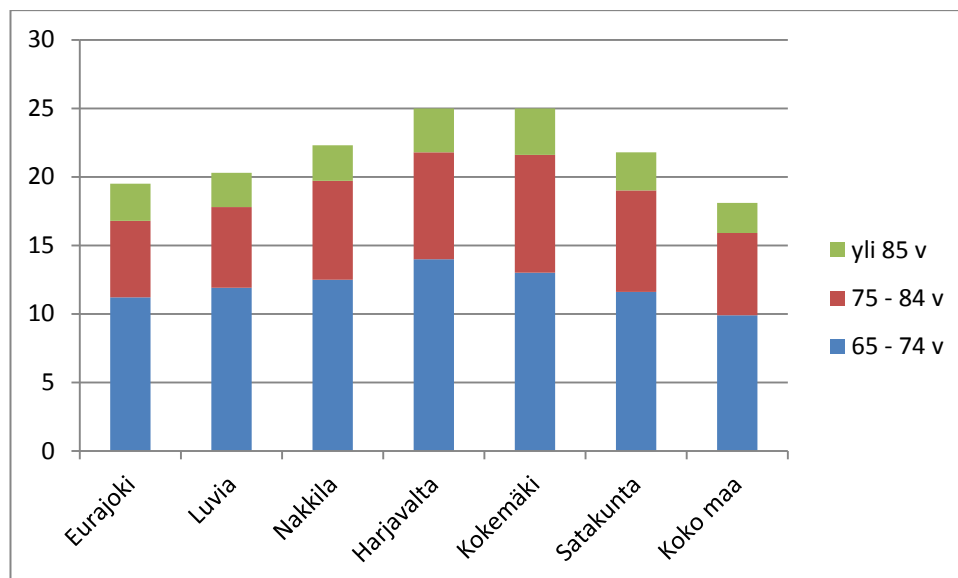
### 5.3 Fysioterapian käyttöön vaikuttavia tekijöitä

Väestön ikääntyminen on sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpia kysymyksiä tänä päivänä. Sen osalta puhutaan, että olemme terveydenhuollossa jo nyt myöhässä varautumisessa iäkkäämmän väestönosan palvelukysynnän kasvuun, vaikka kasvu on ollut tilastojen valossa tiedossa jo pitkään. Tilaston mukaan vuonna 2010 Suomen väestöstä yli 65-vuotiaita oli 17,6 %. Vuonna 2020 heitä on ennusteen mukaan 22,9 % ja 26,1 % vuonna 2030. Sen jälkeen yli 65-vuotiaiden osuuden kasvuvauhti tasaantuu selvästi. (Suomen virallinen tilasto, 2009.) Resurssien kasvattaminen nykysuhteeseen verrattuna on epärealistinen vaihtoehto kaikilla terveydenhuollon alueilla, pitää löytää muita vaihtoehtoja. Tämä tosiasia on osaltaan ollut vaikuttamassa yksikkömme fysioterapian priorisoinnin ja ryhmätoimintojen kehittämiseen. Tavoitteena on ”enemmän vähemmällä”.

Iällä on Terveys 2000-tutkimuksen mukaan tilastollisesti merkitsevä yhteys fysioterapiapalvelujen käyttöön naisilla ja miehillä. Naisista fysioterapiapalveluja käyttivät eniten 45 – 54-vuotiaat (18 %). Miehistä suurin käyttäjäryhmä olivat 75 – 84-vuotiaat (19 %). Merkittävää tutkimuksessa oli kuitenkin se, että yli 15 kertaa vuodessa fysioterapiaa saavia ”suurkuluttajia” oli yli 85-vuotiaiden ryhmässä tilastolli-

sesti merkitsevästi muita enemmän. Muita ”suurkuluttajia” oli eniten toimistotyypistä työtä tekevien ja keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmässä. Kokonaisuudessaan tutkimuksessa todettiin, että jopa 80 % fysioterapiaa saaneista oli jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien lisäksi aivohalvauspotilaat tarvitsevat fysioterapiapalveluja muiden sairausryhmien potilaita enemmän ja tulosten mukaan he saavat niitä myös yleisimmin. (Hakulinen 2004). Yleisesti kuntoutusta tutkinut Pulkki (2012, 70) on väitöskirjassaan tullut samansuuntaiseen johtopäätelmään. Kuntoutuspalvelujen käyttö oli hänen tutkimuksessaan yleisintä naisilla, eläkeikää lähestyvillä työikäisillä ja 75 – 85-vuotiailla. Eläkeikää lähestyvien työikäisten painottuminen selittyy osittain työeläkelaitoksen pyrkimyksillä ehkäistä ennenaikaisia eläkkeellesiirtymisiä. Lisäksi selittävänä tekijänä on se, että työikäisten kuntoutus on usean osajärjestelmän vastuulla. Eläkkeelle siirtyessä nämä kuntoutusvastuut siirtyvät kunnille.

Kuntayhtymän alueen kaikissa kunnissa vuonna 2011 yli 65-vuotiaita oli enemmän verrattuna maan keskiarvoon, joka oli 18,1 %. Suurimmat prosentuaaliset osuuden olivat Harjavallassa ja Kokemäellä (25,0 %). Sama toistui verrattaessa sekä yli 75-vuotiaita että yli 85-vuotiaita. Satakunnan keskiarvoihin verrattaessa Eurajoki ja Luuvia alittivat kaikissa ikäryhmissä ja Nakkila lähes kaikissa ikäryhmissä vertailun. Harjavallassa ja Kokemäellä sen sijaan kaikki ikäryhmät ylittivät prosentuaalisesti verrattuna myös Satakunnan vertailuarvon. (Sotkanet). Prosentuaalinen vertailu on esitetty Kuviossa 3.



**Kuvio 3.** Yli 65-vuotiaiden ikäjakauma kuntayhtymän kunnissa verrattuna Satakuntaan ja koko maahan

#### 5.4 Muita toimintaympäristötekijöitä

Eriarvoisuuden lisääntyminen on yksi merkittävä eettisesti huolestuttava ilmiö, joka osaltaan vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen kysyntään, myös kuntoutuksen osalta. Suomessa eriarvoisuuden lisääntyminen näyttäytyy esimerkiksi suhteellisen köyhyyden ja tuloerojen kasvamisena. Lisäksi köyhyydestä on tullut pysyvämpi ilmiö. Työikäisen väestön keskittyminen kaupunkeihin ja taajamiin vaikuttaa huoltosuhteeseen ja tätä kautta eri alueiden eriarvoistumiseen palvelujen suhteen. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla, 10). Myös keskitetyn ohjauksen puute kasvattaa todennäköisyyttä palvelujen eroissa kuntien välillä. Tällöin henkilökunnan erilaiset mielenkiinnon kohteet ja osaaminen lisäävät eroja. Lisäksi erilaiset lähetekäytännöt vaikuttavat eroihin palveluissa. (Pulkki 2012, 81). Eriarvoisuuden lisääntymiseen on kiinnitetty huomiota myös valtakunnan tasolla ja Suomen nykyinen hallitus painottaakin julkisten palveluiden merkitystä tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden takaajana. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen lähtökohtana onkin peruspalveluiden vahvistaminen hyvinvoinnin kulmakivenä. Tarkoituksena on parantaa väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin. (Sosiaali- ja terveyspoliittisen ministeriryhmän esitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskeviksi linjauksiksi, 2012)

Kuolleisuuserot eri sosiaaliryhmien välillä ovat myös poikkeuksellisen suuret. 1980-luvulla kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin pieneni toimihenkilöiden osalta nopeammin kuin työntekijöiden osalta. Alkoholin käytöllä on myös suuri merkitys elinajanodotteen eroon ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden vertailussa. (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla 2012, 11). Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella tehty kuolinsyykohtainen Menetetty elinvuodet eli PYLL (Potential Years of Life Lost) indeksi vuosilta 2005 - 2009 osoittaa, että alkoholiperäisiä sairauksia ja alkoholimyrkytyksiä vertailtaessa Harjavallan kaupungissa menetetyt elinvuodet ovat miesten osalta 20 % ja naisten osalta 14 % koko maan keskiarvoa huonommat. Kokemäen kaupungin vastaavat luvut ovat: miehet 12 % ja naiset 8 % . Verenkiertoelinten sairauksien osalta huolestuttavin ryhmä on Nakkilan naisten ryhmä, jossa menetetyt elinvuodet luku on 41 % ja miesten luku 13 % koko maahan verrattuna huonompi. Harjavallan osalta luvut ovat: naiset 12 % ja miehet 14 %. PYLL indeksissä TULE-sairaudet eivät juuri näy, koska ne eivät yleensä johda kuolemaan. Ennenaikaisesti menetetyt elinvuodet heijastuvat sekä kunnan menojen (kasvavat) että tulojen (vähenevät) kehitykseen. (Vohlonen & Vienonen 2011).

## 6 KEHITTÄMISKOHTEIDEN VALIKOITUMINEN

Lähtökohtaisesti fysioterapiayksikössämme on perinteisesti hoidettu - ja nimenomaan hoidettu – kaikki asiakkaat. Harjavallan jonotilanne oli muodostunut kesän ja syksyn 2011 aikana kestäättömäksi, odotusaika hoitoon oli venynyt monen kuukauden mittaiseksi. Osaltaan tilanne johtui normaalista kesästä poikkeavasta lääkäritilanteesta. Kuntayhtymän kesäajan lääkäritoiminta oli ylimitoitettua ja ostolääkäripalveluihin nojaavaa. Tämä aiheutti varsinaisen ”lähetevyöryn” fysioterapiaan. Lääkinnällisen kuntoutuksen tuloksellisuustarkastuskertomuksen mukaan väliaikaiset henkilöstöfirmojen palkkalistoilla olevat lääkärit eivät välttämättä hallitse kuntoutuksen kokonaisuutta, eikä heidän ole mahdollista sitoutua pitkäaikaiseen potilaslääkärisuhteeseen, jota kuntoutus edellyttää (Lääkinnällinen kuntoutus 2009, 56). Komulaisen tutkimuksessa viitataan myös ostolääkäreiden kasvattavan esim. laboratorio-,

röntgen- ja erikoissairaanhoidon lähetemääriä ja näin myös kuluja (Komulainen 2010, 100).

Jonon kasvamiseen vaikutti osaltaan myös kaksi samaan ajanjaksoon ajoittunutta pidempää poissaoloa fysioterapiaoastolla. Resurssien siirtäminen yksiköiden välillä olisi helpottanut tilannetta, mutta se ei olisi ratkaissut itse ongelmaa. Suurin syy jonon kasvamiseen ei kuitenkaan ollut lähetemäärä eikä poissaolot, vaan tapamme tuottaa fysioterapiapalvelua, joka ei juuri sisältänyt esim. ohjauksellista kuntoneuvola-tyyppistä toimintaa. Toimintakulttuuriimme ei tuossa vaiheessa kuulunut kyseenalaistaa lähetteen kertamääriä, vaan asiakkaita pääsääntöisesti hoidettiin läheteessä pyydetty määrä. Lääkäreiden läheteissä oli pääosin kertamäärät (10 – 15 x) mainittuna. Akuutit neurologiset ja leikkausten jälkeistä fysioterapiaa tarvitsevat asiakkaat on aiemminkin hoidettu ensisijaisina, eli ilman jonotusta. Lisäksi kotikäynnit on organisoitu erillisesti eivätkä ne sinällään näy jonoissa. Muut asiakkaat jonottivat ilmoittautumisjärjestyksessä hoitoon.

Emme olleet muuttaneet toimintakäytäntöjämme, vaikka niiden toimimattomuudesta oli keskusteltu jo pidempään. Muutos vaatii aina selvittelyä, suunnittelua, aikaa ja sitoutumista. Ehkä ajan puute sai meidät valitsemaan helpomman tien – jatkamaan entisellään. Raja kuitenkin ylittyi kun jonotusaika kasvoi kuuteen kuukauteen, eikä näköpiirissä ollut helpotusta. Emme kyenneet antamaan asiakkaille kuin karkeita arvioita siitä, milloin olisi heidän vuoronsa päästä hoitoon. Negatiivista palautetta pitkistä jonoista tuli paljon. Näytti myös siltä, että monien tilanne paheni odotusajalla ja vaikeutti hyviin tuloksiin pääsemistä. Koko tilanne vaikutti kielteisesti myös työhyvinvointiimme. Oli aika tarttua muutokseen. Ensimmäinen muutos oli yhteinen päätös, että pyrimme tarjoamaan kaikille asiakkaille yhden ohjausajan muutaman viikon sisällä ilmoittautumisesta, jotta asiakas voisi hyödyntää jonotusajan saatuaan yksilölliset harjoitteluohjeet. Samalla lähti käyntiin myös tilanteen tarkempi kartoitus ja taustatiedon hankinta kokonaisvaltaisen toiminnan uudistamisen aikaansaamiseksi. Koska käytettävissä olevilla resursseilla pitäisi tuottaa mahdollisimman paljon laadukasta ja tehokasta hoitoa, lähdimme miettimään miten fysioterapiassa onnistuu priorisointi.

## 6.1 Priorisointi

Priorisoinniksi voidaan määritellä kaikki ne toimenpiteet, joilla pyritään ohjaamaan terveyspalvelujen käyttöä ja vähentämään vähiten vaikuttavien ja tehottomien hoitojen käyttöä ja edistää tehokkaiden menetelmien käyttöä (Ryynänen, Myllykangas & Kinnunen 1999). Lammintakasen (2005, 97,103) mukaan priorisoinnin määritelmä on ajan kuluessa kohtalaisesti muuttunut ja käyttäminen yleistynyt. Hänen määritelmänsä sisältää hieman eri elementtejä ja eri näkökulman. Lammintakasen mukaan priorisointi on vaihtoehtojen välillä tapahtuvaa perusteltua ja oikeudenmukaista päätöksentekoa, jonka tavoitteena on ohjata terveyspalvelujen järjestämistä muuttuvassa ja monimutkaisessa toimintaympäristössä. Ryynäsen ym. (2006, 112) mukaan priorisointi ei ole säästämistä, vaan tavoitteena on, että terveydenhuolto pystyy tuottamaan kansalaisille mahdollisimman paljon terveyttä kohtuullisin kustannuksin.

Priorisointia voidaan toteuttaa useammalla tasolla esim. makro-, meso- ja mikrotasolla. Makrotaso on valtakunnallinen taso ja tarkoittaa käytännössä lakeja, asetuksia ja ohjeistuksia, joita eduskunta ja hallitus antavat. Mesotaso on paikallinen taso, jossa esim. kuntatasoisesti päätetään voimavaroista ja niiden käytöstä. Mikrotasolla sisäistä priorisointia on valinta hoitomuotojen välillä ja ulkoista priorisointia on potilasta koskevat päätökset ja hoitoon asettamisjärjestelmä. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 240; Ryynänen ym. 2006, 120) Tehtävät priorisointipäätökset vaikuttavat muihin toiminnan tasoihin. Makrotason päätökset vaikuttavat myös siihen millaisia priorisointiratkaisuja yksittäisen potilaan kohdalla tehdään. (Hetemaa, Vuorenkoski & Keskimäki 2003). Fysioterapiaoaston kehittäminen tässä projektissa keskittyy mikrotason ratkaisuihin.

### 6.1.1 Priorisointi fysioterapiassa

Olin aiemmin priorisointiin tutustuessani lukenut korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisusta koskien fysioterapiahoidon rajaamisesta tietyn ikäisiltä kuntalaisilta. Tämä ratkaisu perusteluineen toimi hyvänä lähtökohtana ensimmäiselle keskustelullemme fysioterapian priorisoinnista. Siinä todetaan, että:

*”HM 5 §:n ja PL 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Muun muassa terveyspalveluja on annettava siten, ettei ketään ilman hyväksyttävää perustetta aseteta muihin nähden eri asemaan muun muassa iän tai terveydentilan perusteella.*

Lisäksi todetaan, että potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään laissa tarkoitettuun hyvään hoitoon ilman syrjintää. Ratkaisussa todetaan kuitenkin, että etusijajärjestykseen asettamista voidaan käyttää fysioterapiapalvelujen osalta, kunhan huomioidaan syrjintäkielto ja velvollisuus selvittää yksilöllisesti potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva riittävien terveyspalvelujen tarve. Etusijajärjestyksen keinoja todetaan olevan esim. jonoon asettaminen ja hoitokäytäntöjen tai palvelujen antamisen ohjaaminen yleisillä suosituksilla. (KHO:2002:43).

Pelkkä jonoon asettaminen ei siis priorisointikeinona ole kuntayhtymän fysioterapiaosastolla riittävä, eikä myöskään näillä resursseilla ainoana keinona mahdollistanut hoidon järjestämistä koskevaa kolmen kuukauden hoitotakuusta kiinnipitämistä. Lisäksi Ryytäsen ym. (2006, 175) mukaan pitkä jono kehittää aina itselleen ohitusjärjestelmän. Esimerkkeinä tästä ovat hoitoon hakeutuminen muualle, sairauden paheneminen ohitusrynnä ja desibelidemokratia, jolloin äänekkäimmät pääsevät hoitoon nopeammin. Myös meidän fysioterapiaosastollamme esiintyi jossain määrin näitä kaikkia elementtejä, jolloin jonossa olijoiden odotusaikaa oli vielä vaikeampaa arvioida oikein.

Tavoitteena oli tuottaa yleinen ohjeistus, jonka mukaan asiakkaille tehtäisiin fysioterapian tarpeen arviointi ja sen perusteella kiireellisyysluokitus. Käytännössä hoidon tarpeen arvioi useimmiten lääkäri ja fysioterapeutti tarkentaa arviota ajanvarauksen yhteydessä. Myös yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa (2010, 214) mainitaan perusterveydenhuollon tehtäväksi alkuvaiheen diagnostiikka, hoito ja fysioterapeuttinen arvio ja liikunnan ohjaus hoidonpörrastuksen ja Käypä hoito-ohjelmien mukaisesti. Lisäksi fysioterapiaosastollamme tarvittiin ohjeistus fysioterapiakäytännöistä, joka perustuisi tutkittuun tietoon fysioterapian vaikuttavuudesta. Myös kuntayhtymän keskeiseksi päämääräksi todetaan näyttöön perustuva toiminta, joka on keskeistä päätöksenteossa ja palvelutuotannossa (Talousarvio vuodelle 2012). Ohjeistuksessa pitäisi huomioida myös Satakunnan sairaanhoitopiirin ortopedien ohje



perusterveydenhuollon lääkäreille ortopedisten potilaiden lähettämiseksi Satakunnan keskussairaalaan. Ohjeen keskeinen viesti koskee konservatiivisen hoidon kokeilun vaatimusta ennen lähettämistä erikoissairaanhoidon. (Kukkonen ym. 2011)

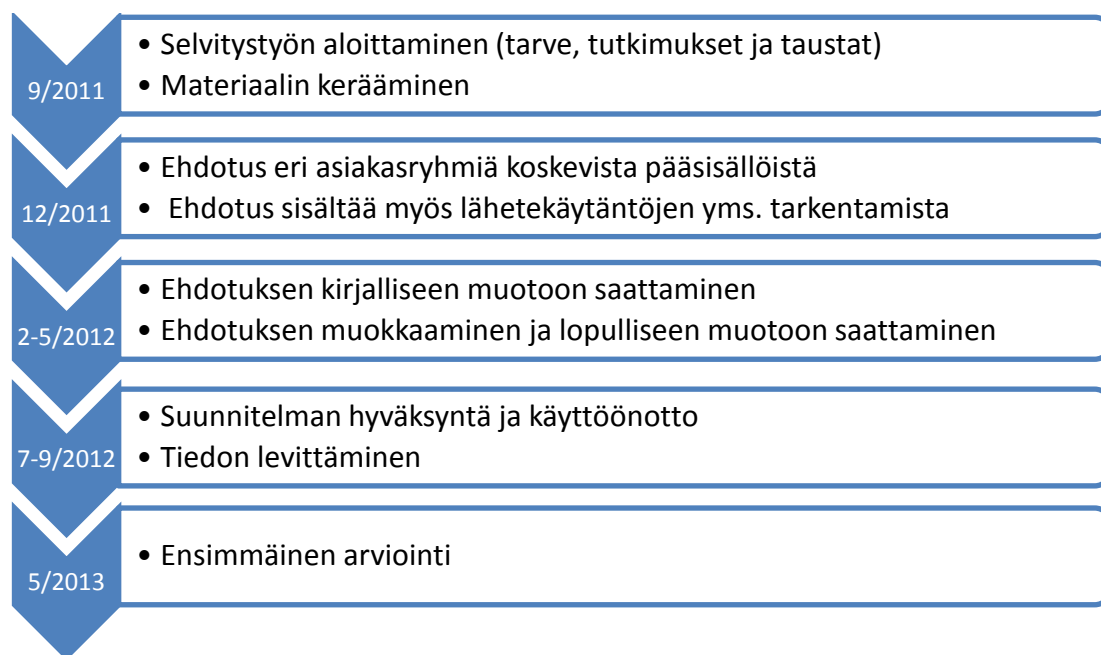
Kuntoutusselonteossa (2002, 6 – 8) todetaan kuntoutuksen olevan yhteiskunnan merkittävän panostuksen kohteena ja sillä voidaan saavuttaa huomattavia taloudellisia ja inhimillisiä arvoja. Suuresta panostuksesta johtuen on kiinnitettävä erityistä huomiota kuntoutuksen vaikuttavuuteen ja kohdistaa resurssit oikeisiin toimiin ja väestöryhmiin, jotta käytettävissä olevilla resursseilla saavutetaan suurin mahdollinen vaikutus. Selonteossa kuitenkin muistutetaan, ettei tarkoituksena ole suunnata kuntoutusta pelkästään toimintoihin, joiden vaikuttavuus on mahdollista mitata. Myös kliinisen fysioterapian professori Arja Häkkinen (2012) kehottaa keskittymään vaikuttaviin hoitoihin ja karsimaan hyödyttömiä. Hänen mielestään hoitoja ei tule antaa vain asiakkaiden tyytyväisenä pitämiseksi, vaikka terveydenhuoltolain uudistus takaa asiakkaille hoitopaikan valinnanvapauden 2014 lähtien. Konun, Rissasen, Ihantolan ja Sundin mukaan (2009, 290) vaikuttavuus sinällään on harvoin määritelty, mutta ”vaikuttavuutta”-käsitteen käyttöä ja vaikuttavuuden mittaamista suomalaisessa terveydenhuoltotutkimuksessa tarkastelevassa artikkelissa nostettiin esiin fysioterapiaalaa käsittelevä keskusteluartikkeli, jossa vaikuttavuus oli määritelty hoidon vaikutuksina, joita voi mitata ja missä vaikutusten suunta ja laajuus voidaan eritellä. Suomen Fysioterapeuttien (2013) mukaan hyvässä fysioterapiakäytännössä yhdistyvät näyttöön perustuvat työkäytännöt, organisaation toiminnan ja fysioterapeuttien osaamisen kehittäminen. Näyttöön perustuvilla työkäytännöillä tarkoitetaan tutkimuksellisen tiedon yhdistämistä fysioterapeutin kliiniseen kokemukseen ja potilaan käsityksiin. Hyvien käytäntöjen tavoitteena on laadun ja tuloksellisuuden takaaminen.

#### 6.1.2 Priorisoinnin suunnittelu

Ensimmäinen keskustelu fysioterapian priorisoinnin osalta käytiin joulukuussa 2011, kun olin saanut kerättyä taustamateriaalia priorisointisuunnitelman eri osioista. Keskustelun pohjana oli osaltaan kuntayhtymän linjaus tuottaa asiakaslähtöisiä, tasokkaita ja kustannustehokkaita terveystalvijoja hyödyntämällä tutkimus- ja seurantatietoa

sekä alueella olevia resursseja (Talousarvio vuodelle 2012, 2) unohtamatta jo mainittua Sairaanhoidopiirin ohjeistusta konservatiivisen hoidon kokeilusta ennen lähetettä erikoissairaanhoidon (Kukkonen ym. 2011). Kokemäen ja Harjavallan fysioterapeuttien kanssa kävimme läpi priorisoinnin määrittelyä, merkitystä ja rajoituksia. Lisäksi keskustelimme tavoitelluista jonotusajoista eri sairausryhmien yms. osalta. Suomen Fysioterapeuttiliiton Fysioterapiapalvelujen järjestämistä koskevassa standardissa (2004, 12) on kohta fysioterapiaan pääsystä. Siinä korostetaan suunnittelun lisäksi kiireellisyysjärjestystä hoitoon pääsyssä. Lisäksi kiireellisyyskriteerit tulee olla määritelty.

Yksittäisten tutkimusten laadun ja näytön vahvuuden arviointi on melko työlästä, siksi yksityiskohtaisemman suunnitelman tekemisen tukena olivat Käypä hoito suositukset, Suomen Fysioterapeuttien tekemät tutkimusyhteenvedot ja fysioterapiasuositukset. Lamberg & Lodenius (2012) toteavatkin, että lääketieteellisen tiedon määrä on suuri ja lisääntyy nopeasti. Esimerkiksi PubMed-tietokannassa oli vuonna 2012 yli 21 miljoonaa viitettä. Tiedon suuresta määrästä huolimatta käytössä on menetelmiä, joiden hyötyä ei ole tieteellisesti osoitettu. Tutkimusnäyttöön perustuvien hoitosuosituksen julkaisu onkin yleistynyt nopeasti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito koordinoi laadukkaiden hoitosuosituksen laadintaa ja levitystä Suomessa. Käypä hoito-toiminnan tavoitteena on tuottaa suomalaiseen terveydenhuoltoon soveltuvia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja pitää niitä ajan tasalla. Suositukset ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti hyvin perusteltuja kannanottoja, joita voidaan käyttää hoitopäätösten tukena. Suomen Fysioterapeutit (2013) tekevät yhteistyötä Käypä hoidon kanssa, antaen esimerkiksi lausuntoja fysioterapiaa koskevista Käypä hoito-suosituksista. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012, 23) julkaisussa todetaan, että asiakkaiden kannalta hyviksi todettujen toimintamallien leviäminen käyttöön on tärkeää myös tehokkuuden kannalta ja niiden käyttämättä jättäminen on esimerkki yhteisten niukkojen resurssien tehottomasta käytöstä. Priorisointityön etenemistä ja aikataulua on havainnollistettu Kuviossa 4.



**Kuvio 4.** Fysioterapiayksikön priorisointityön eteneminen

Halusimme asettaa tarkemmat tavoiteajat fysioterapiaan pääsyn osalta kuin terveydenhuoltolain lääkinnälliselle kuntoutukselle asettama kolmen kuukauden hoitotakuu aika on (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 2 §). Tarkoituksena oli ottaa samalla potilastietojärjestelmän jonotusosio käyttöön perinteisen jonovihon sijaan. Potilastietojärjestelmässä oli mahdollisuus käyttää kolmiportaista kiireellisyysluokitusta, jossa ensimmäinen oli 0 – 7 päivää, toinen 8 - 30 päivää ja kolmas yli 30 päivää. Nämä rajat koimme käytännön osalta sopimattomiksi. Mielestämme ensimmäinen kiireellisyysluokitus sijoittuisi aikavälille 0 – 14, seuraava 15 – 30 ja viimeinen olisi yli 30 päivää. Ensimmäiseen kiireellisyysluokkaan tuli sisällöllisesti vähiten muutoksia, sillä akuutit neurologiset asiakkaat (esim. aivoverenkiertohäiriöiden jälkitila) ja leikkausten jälkeinen fysioterapia on aiemminkin hoidettu ensisijaisina. Vuodeosastolta kotiutuvat fysioterapiaa tarvitsevat potilaat ovat valta-osalta akuutteja neurologisia tai leikkauksen jälkitilasta toipuvia. Tällä tosiasialla perustelimme kotiutuksen mahdollistavan jatkofysioterapian järjestelyn ensimmäiseen kiireellisyysluokkaan kuuluvaksi. Apuvälineen tarpeen kartoitus ei läheskään aina ole edes subjektiivisesti ajateltuna ensimmäiseen kiireellisyysluokkaan kuuluvaa, mutta kiinteästä apuvälinelainausajasta johtuen apuvälinetarpeen arviointi toteutuu aina ensimmäisen kiireellisyysluokituksen aikarajan mukaan.

Toiseen kiireellisyysluokkaan sijoittuvat tule yms. ohjaus- ja arviointikäynnit ja erikoissairaanhoidon läheteellä tapahtuvat leikkausarviointia edeltävät konservatiivisen hoidon kokeilun aloitukset. Lisäksi keskustelimme kiireellisyysluokituksista lapsiasiakkaiden osalta. Iän perusteellahan eriarvoiseen asemaan asettaminen ilman hyvää syytä on kiellettyä, mutta lasten erityisasema on mielestämme perusteltua esimerkiksi kehityksen ongelmatiikkaan liittyvissä tapauksissa. Lapsen kehityksen vaikeudet ovat usein pitkäkestoisia ja uhkana lapsen kokonaiskehitykselle ja mitä varhaisemmassa vaiheessa tilanteeseen voidaan vaikuttaa sitä tuloksekkaampaan lopputulokseen yleensä päästään. Toisaalta esimerkiksi ryhtitarkastuksia emme arvottaneet samalle viivalle kehitysongelmien kanssa. Lasten suosimista tullaan Myllykankaan ja Rynäsen ([www.kantti.net](http://www.kantti.net)) mukaan joka tapauksessa näkemään niin mikrotasolla kuin makrotasollakin. Lasten suosimista pidetään yleisesti vahvasti hyväksyttynä. Lasten asemaa kiireellisyysluokituksessa emme vielä avoimesti kirjanneet, sillä yksiselitteistä ohjeistusta tältä osin on vaikea antaa.

Keskustelujen pohjalta tein fysioterapiayksikköä koskevan ohjeistuksen fysioterapian kiireellisyysluokituksista ja sisällöstä. Sisällöllisesti tärkeimpiä muutoksia ohjeistuksessa on degeneratiivisten tule-sairauksien osalta asiakkaan omahoidon ohjaamiseen panostamisessa ja motivoimisessa pitkäkestoiseen (3 – 6 kk) harjoitteluun, joka on yhteneväinen myös Sairaanhoidopiirin ohjeistuksen kanssa. Fysioterapiaosaston ohjeistuksen sisällön tarkastivat ja hyväksyivät johtava ylilääkäri ja johtava hoitaja heinäkuussa 2012. Toimintatapojen muutos oli alkanut osittain jo kevään aikana fysioterapiayksiköissämme käytyjen keskustelujen perusteella. Hyväksynnän jälkeen käytimme ohjeistusta myös fysioterapiayksikössä tehdystä muutoksesta tiedottamisessa esim. lääkäreille.

Kirjalliset ohjeistukset toimivat päätöksenteon tukena fysioterapian tarpeen arvioinnissa ja sisällön suunnittelussa. Tavoitteena oli myös yhdenmukaistaa toimintatapoja ja vähentää variaatioita lähtökohtien ollessa samanlaiset. Myös Lehtomäen (2009, 138) näkemyksen mukaan yhtenäiset toimintaohjeet koetaan tärkeiksi, koska ne antavat turvaa ja helpottavat työtä ja perehdyttämistä. Rynäsen & Myllykankaan (2000, 94 – 95) mielestä parhaimpaan ratkaisuun päästään silloin kun päätös perustuu tosiasioihin ja olemassa olevaan tietoon. Siihen vaikuttaa myös se kuinka hyvin tasapuolisuus ja oikeudenmukaisuus huomioidaan. Päätöksen tulee oikean tiedon li-

säksi perustua menetelmän vaikuttavuudesta saatuun näyttöön. Kirjallisista ohjeistuksista tavoittelimme myös työkalua desibelidemokratian taltuttamiseksi. Lisäksi ohjeistuksella olisi merkitystä asiakkaiden osalta, jotka vuosi toisensa jälkeen vaativat lääkäriltä fysioterapialähetteen ja käyvät saamassa vuosittaisen hoitosarjansa samaan krooniseen vaivaan sitoutumatta itse vaivansa hoitamiseen muulla tavalla kuin ilmestymällä paikalle annettuna ajankohtana. Uskoakseni vaikeissa tilanteissa on huomattavasti helpompaa tehdä yhteneväisiä päätöksiä, perustella ja pitää niistä kiinni, kun voi nojautua yhteisesti laadittuihin ja johdon hyväksymiin kirjallisiin toimintaohjeistuksiin.

### 6.1.3 Priorisoinnin arviointi

Muutoksen varsinaisen arvioinnin jouduin omista työkiireistäni johtuen siirtämään myöhemmäksi, joten tuloksia ei tähän opinnäytetyön raporttiin saatu sisällytettyä. Suuntaa-antavaa arviointia tilanteesta kuitenkin pystytään tekemään. Jonotilanne on ollut syksystä 2012 asti hyvä, kaikille asiakkaille on pystytty antamaan aika kahden viikon sisään. Käytännössä jonoja ei ole juurikaan syntynyt ja noin kahden viikon odotusaika johtuukin lähinnä avohoidon ajanvaraustavasta. Henkilöstö on kertonut saaneensa asiakkailta positiivista palautetta sekä fysioterapiaan pääsyn nopeudesta että sisällöstä. Asiakkaiden osalta haluamme kuitenkin saada kattavan palautteen kokonaisarviointia varten. Tähän tarkoitukseen aikomuksena on käyttää Suomen Fysioterapeuttiliiton (2004) julkaisemaa asiakaspalautelomaketta. Palautelomakkeessa arvioinnin kohteena on mm. hoitoon pääsy, käyntikokemus, hoidon päättymiseen liittyvä arviointi ja yleisvaikutelma.

Lehtomäki (2009, 73 – 74) Daviesia ja Harrisonia (2003) mukaillen toteaa näyttöön ja vaikuttavuuteen perustuvien ohjausmekanismien voivan aiheuttaa ongelmia silloin, kun palvelun tuottamisen muotoa ohjataan tiukasti erilaisten ulkoisten ohjausprosessien avulla, jos samalla kyseenalaistetaan kokemustiedon merkitystä. Mielestäni ohjeistuksemme on tarpeeksi ohjaava, jotta liian suurilta variaatioilta vältytään ja asiakkaat saavat tasalaatuista fysioterapiaa. Ohjeistus jättää kuitenkin tilaa myös kokemukseen perustuvaan päätöksentekoon. Henkilöstön mielipiteet ja kokemukset tehdyistä muutoksista pitää kuitenkin kartoittaa. Esimerkiksi kyselyn toteuttaminen

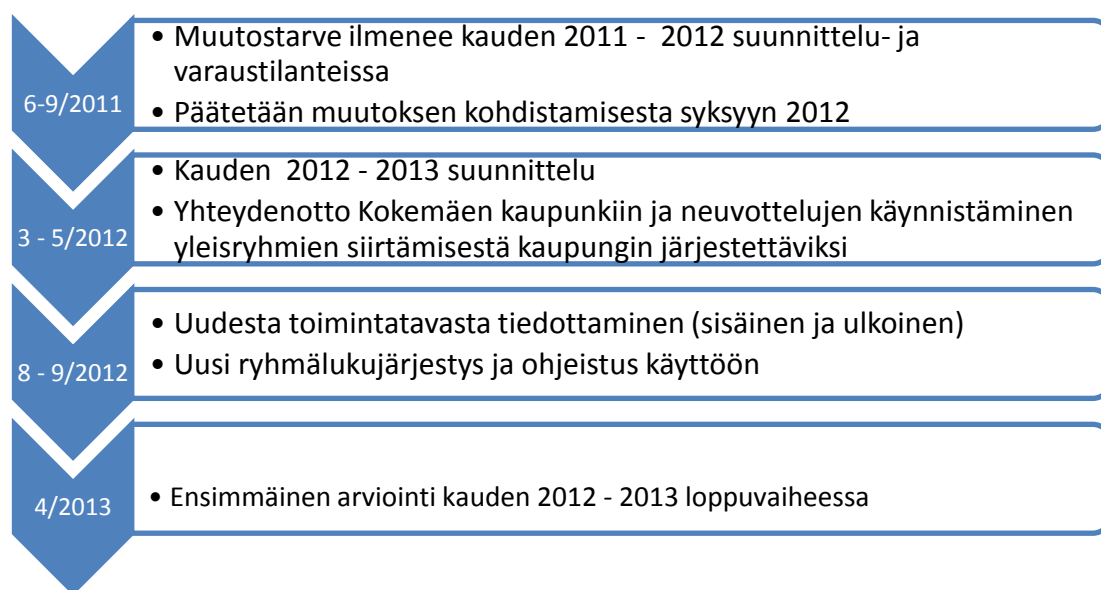
Webropol sovelluksella mahdollistaisi anonyymin vastaamisen pienessä yksikössä. Näin kaikki saisivat äänensä kuuluviin ja esille nostetuista asioista olisi helpompi keskustella. Käytyjen kehityskeskustelujen perusteella voi johtopäätöksenä sanoa, että tehtyihin muutoksiin ollaan pääosin tyytyväisiä ja toiminnan katsotaan selkiytyneen. Uskon tämän vaikuttaneen positiivisesti työhyvinvointiin.

## 6.2 Ryhmätoimintojen kehittämisen lähtökohta ja eteneminen

Sairauksien ehkäisemisessä terveyden edistäminen on tulevaisuudessa yhä suuremmassa osassa. Rajanveto siitä, mitkä terveyden edistämisen ryhmät kuuluvat kuntien ja kaupunkien vapaa-aikatoimelle ja mitkä terveydenhuollolle, on aina vaikeaa. Pulkin (2012, 84) mukaan rajausta kuntoutuksen ja muun toiminnan, kuten arjen toiminnan ja liikunnan osalta ei aina ehkä haluta tehdä asiakkaan edun vuoksi. Laaja ymmärrys kuntoutusjärjestelmän kannalta haittaa kuitenkin kuntoutuksen kokonaisuuden suunnittelua ja järjestelmän toimintakykyä.

Ryhmätoimintojen kokonaisuus ja ongelmat selvisivät koko laajuudessaan minulle vuoden 2011 kesän ryhmäsuunnittelussa ja varsinkin syksyn ryhmiin ilmoittautumisia vastaanottaessa. Diagnoosi- ja yleisryhmistä ilmoitettiin syksyisin lehti-ilmoituksilla paikallislehdissä ja ihmiset ilmoittautuivat osaan ennakkoon ja osaan paikan päällä. Ilmoittautumistavan jako liittyi lähinnä ryhmien suosioon. Kokemällä vesijumppaan ja tule-ryhmiin oli tulijoita kaksin verroin kuin voitiin ottaa, eikä ennakkoilmoittautumisillakaan saatu täysin oikeudenmukaista järjestelmää aikaiseksi. Suosituimpien ryhmien osalta tuli paljon negatiivista palautetta, kun kaikki eivät ryhmiin mahtuneet tai kauden syksy 2011 – kevät 2012 tapaan pääsivät joko syksyn tai kevään ryhmään (vesijumppa). Ryhmiin ei jäänyt tilaa asiakkaille, jotka fysioterapeutit olisivat halunneet myöhemmin ohjata ryhmiin esim. yksilöhoitojen jatkoksi tai sijaan. Ryhmiin ei ohjautunut juuri ollenkaan pitkäaikaissairaita, joiden kuntoutuksesta päätettiin kuntoutustyöryhmässä, jolloin heidän fysioterapiansa toteutui yksilöhoitona. Kaikkien ryhmien osalta ongelmallisena koettiin myös kävijöiden vakiintuminen. Ryhmissä ei tuntunut olevan vaihtuvuutta, vaan samat ihmiset kävivät ryhmissä vuodesta toiseen. Tästä näkökulmasta päätellen ryhmiin ohjaaminen uusien asiakkaiden osalta oli ehkä jäänyt heikolle huomiolle. Kokonaisuutta piti siis lähteä

uudistamaan ja järkevintä oli tehdä se samanaikaisesti priorisoinnin kanssa. Tavoitteena oli toimiva ja tehokas kokonaisuus unohtamatta eri yksiköiden toimintojen yhtenäistämistä. Uudistuksen suunnittelu päätettiin kohdistaa syksyyn 2012, jotta kaikki osapuolet pystyvät muutokseen sopeutumaan. Eurajoen toimipisteen osalta sovimme, että ryhmätoimintojen yhtenäistäminen ja kehittäminen siirretään vuoden 2013 terveyskeskuksen remontin ja laajennuksen valmistumisen jälkeiseen aikaan. Ryhmätoimintojen etenemistä ja aikataulua on havainnollistettu kuviossa 5.



**Kuvio 5.** Ryhmätoimintojen eteneminen ja aikataulu

### 6.2.1 Ryhmätilanne ennen uudistusta

Harjavalan ryhmät olivat suurelta osin ns. diagnoosiin tai yksilöidympään ongelmaan perustuvia, kuten reumaryhmä ja sydänryhmä, vain muutama ryhmistä oli ns. yleisryhmiä. Kokemäellä sen sijaan yleisryhmiä oli enemmän, esimerkiksi miesten ja naisten tule-ryhmät. Lisäksi muutamiin ryhmiin, kuten nivelrikkoryhmään ja tasapainoryhmään on vaadittu lääkärin, fysioterapeutin tai jonkun muun ammattihenkilön lähete. Diagnoosi- tai yleisjumpparyhmiin ei ole tarvittu, eikä jatkossakaan tarvita lääkärin lähetettä. Lääkäri on toki voinut aina lähetteen tehdä ja yhdessä asiakkaan kanssa on mietitty sopiva vaihtoehto.

Tasapainoryhmiä oli järjestetty opinnäytetyöyhteistyön johdosta kevästä 2011 lähtien. Ryhmiin osallistumiseen tarvittiin terveydenhuollon ammattihenkilön lähete. Ryhmä oli lähtenyt mukavasti käyntiin, mutta ryhmään ohjaaminen oli melko satunnaista ja pääosin vain fysioterapeutit ohjasivat asiakkaita ryhmiin. Samoin oli käynyt myös nivelrikkoryhmän, johon muiden kuin fysioterapeuttien ohjaamana tuli varsin vähän asiakkaita. Ryhmätoimintojen tärkeimpiä muutoskohteita on selvennetty Kuviossa 6.

Kohde	Muutostarve	Huomioitavaa
Harjavalta ja Kokemäki: Tasapainoryhmä Nivelrikkoryhmä	Ryhmiin ohjausta tehostettava ja sisäistä tiedotusta parannettava	Perustettava jatkoryhmä tasapainoryhmälle
Harjavalta: Sydänryhmä Reumaryhmä Lonkka-polviryhmä	Ryhmiin ohjausta tehostettava ja sisäistä tiedotusta parannettava	Kokemäelle perustettava vastaavia diagnoosiryhmiä
Kokemäki: Tule-ryhmät Vesijumppa	Yleisryhmät siirrettävä Kokemäen kaupungin järjestettäväksi	Perustetaan allasharjoitteluryhmä, jossa selvät sisäänottokriteerit
Harjavalta ja Kokemäki: Pitkäaikaissairaiden ryhmätarjonta, kuntoutustyöryhmän asiakkaat	Tarvitaan pitkäaikaissairaille sopivaa ryhmätoimintaa	Perustetaan neurologinen ryhmä, koska KTR:n asiakkaista valtaosalla neurologinen sairaus

**Kuvio 6.** Ryhmätoimintojen tärkeimpiä muutoskohteita

### 6.2.2 Ryhmätoimintojen muutoksen eteneminen

Ryhmätoimintoja koskevien ongelmien ilmitulon jälkeen olimme päättäneet kohdistaa muutokset syksyllä 2012 alkavaan kauteen, joten meille jäi hyvin aikaa miettiä tarvittavia uudistuksia. Kevään 2012 aikana osastopalaverien yhteydessä kokosimme yhteen mielteitä siitä, mitä tarjontaa meillä pitäisi olla huomioiden priorisointisuunnitelmamme ja mitä muita kehittämiskohteita oli noussut syksyn 2011 päätöksen jälkeen. Ensimmäinen iso kokonaisuus koski yleisryhmiämme.



Kuntayhtymän kunnissa on vapaa-aikatoimen liikuntapuoli järjestetty hyvin eri tavoin. Muutamilla kunnilla toiminta on ollut vilkastakin, mutta esim. Kokemäen osalta ennen syksyä 2012 tarjontaa kunnan toimesta ei juuri ollut, eikä kolmannen sektorin toimestakaan ikäihmisille sopivaa ryhmätoimintaa juuri ollut. Tämä asia oli varmasti ollut vaikuttamassa siihen, että Kokemäellä oli perinteisesti kevyempiä yleisryhmiä järjestetty. Nykynäkemyksemme mukaan tämän tyyppinen ryhmätoiminta ei kuulunut terveydenhuollolle vaan kaupungeille ja kunnille. Uudistamisen läpiviemistä Kokemäen osalta helpotti tieto Kokemäen kaupungille kesällä 2012 palkattavasta vapaa-aikaohjaajasta. Oli luontevaa lähteä keskustelemaan kaupungin kanssa yleisryhmien kohtalosta. Tarjosimme kevään 2012 aikana yleisryhmien (tule-ryhmät ja vesijumppa) siirtoa kaupungin hallinnoitavaksi. Alkuun tarjosimme myös mahdollisuutta, että fysioterapeuttimme vetäisi ryhmiä alkuvaiheessa, kunhan kaupunki järjestäisi tilat ja hallinnoisi ryhmät. Erinäisten yhteydenottojen ja neuvottelujen tuloksena kaupunki perusti kaksi vesijumpparyhmää ja otti naisten ja miesten tule-ryhmät kokonaan hoitaakseen. Tämä helpotti tilannetta suuresti, sillä emme olisi voineet uskollisia kävijöitä jättää tyhjän päälle.

Jatkossa olisi varmasti järkevää lisätä keskustelua peruskuntien liikunnan järjestäjätahojen kanssa työnjaosta, jotta ketju olisi saumaton. Kuntien tarjonnasta emme Harjavaltaa lukuun ottamatta saa automaattisesti tietoa, joka helpottaisi asiakkaiden edelleen ohjaamista tilanteissa, joissa terveydenhuolto ei ole ensisijainen järjestäjä. Harjavallassa vapaa-aikasihteerin toimesta tuotetaan liikuntalukujärjestys, johon on koottu eri toimijoiden järjestämät liikuntaryhmät. Syksyille 2013 myös Kokemäellä on suunnitelmissa tuottaa vastaava liikuntalukujärjestys. Harjavallan osalta yhteistyökuvion syventämiseksi on sovittu neuvotteluista vapaa-aikasihteerin kanssa syksyille 2013, uuden liikunta- ja uimahallin valmistuttua. Jatkossa varmasti saamme kokemuksia, joiden perusteella on hyvä laajentaa yhteistoimintaa kaikkien kuntien kanssa tapahtuvaksi.

Kaikkia yleisjumpparyhmiä emme kertaheitolla voineet siirtää muille tahoille tai lopettaa. Esimerkiksi kesän 2012 aikana näytti siltä, että Kokemäen Kauvatsan tule-ryhmälle ei löydy kaupungin tai kansalaisopiston toimesta jatkajaa, joten teimme päätöksen ryhmän jatkamisesta vielä kauden 2012 – 2013. Kokemäelle tule- ja vesi-

jumpparyhmien tilalle sovittiin perustettavaksi lonkka-polviryhmä. Lisäksi allasharjoittelulle todettiin olevan edelleen tarvetta ja saimmekin vuoron varattua Kokemäen uimahallista. Uudelle ryhmälle luotiin tarkemmat ns. sisäänottokriteerit ja lähetekohdaiset käyntimäärät. Uuden allasharjoitteluryhmän osalta tavoitteena oli, että siinä olisi tilaa tarvitsijoille myös kesken kauden.

Nivelrikkoryhmä toimii Satakunnan keskussairaalan ohjeistaman toimintamallin mukaisesti ja osa läheteistä tulee keskusairaalan nivelrikkopoliklinikan fysioterapeutilta. Ryhmään tuli kuitenkin läheteitä vain harvakseltaan ja ryhmä toteutui viimeaikoina vain kerran vuodessa ja näin odotusaika muodostui liian pitkäksi. Tasapainoryhmäläisten osalta lähetemäärän vähäisyyden lisäksi ongelmaksi nousi jatkon järjestäminen. Tasapainoryhmäläisille ei löytynyt sopivaa jatkoa kunnilta eikä meiltä itseltämme, mutta ryhmään ohjautuvien tilanne useimmiten vaati jatkotoimenpiteitä. Nivelrikkoryhmäläisille oli luonteva jatko lonkka-polviryhmässä. Näiden ryhmien osalta suurimpana ongelmana koettiin oman talon vähäinen lähetemäärä. Fysioterapeuttien osalta sovimme tarkennetusta käytännöistä niin vuodeosastolta kotiutuvien kuin pitkäaikaissairaidenkin ryhmiin ohjauksen osalta. Lisäksi lääkäreitä ja muita ammattiryhmiä ajatellen tehtäisiin selkeät ohjeet lähete yms. käytännöistä ja ryhmälukujärjestys.

Toiminnan tehostamiseksi oli tarkoituksenmukaista lähteä pohtimaan sopivaa tarjontaa myös pitkäaikaissairaille, jolloin tarjolla olisi vaihtoehto yksilöterapialle. Pääosin pitkäaikaissairaiden joukko muodostuu neurologisista asiakkaista. Aiemmin toiminut toispuolihalvaantuneiden ryhmä oli loppunut joitain vuosia aiemmin ryhmän pienyyden vuoksi. Laajemman potentiaalisten asiakkaiden pohjan saavuttamiseksi päätimme kokeilla yleisesti neurologisille asiakkaille suunnattua ryhmää. Ainoana rajauksena neurologisen sairauden lisäksi oli vaadittava kävelykyky, jotta ryhmä ei muodostuisi liian heterogeeniseksi ja ryhmän ohjaaminen näin liian hankalaksi. Tehostamistoimenpiteenä suunniteltiin myös kuuden tapaamiskerran niska-selkär ryhmä, joka sisältäisi sekä teoriaa että liikeharjoittelua. Lisäksi uutena ryhmänä päätettiin kokeilla muistisairaiden ryhmää, joka päätettiin suunnata muistisairaalle ja hänen omaiselleen. Muistisairaiden ryhmään ohjaamisesta lähdettiin luomaan käytäntöä muistihoitajan kanssa.

### 6.2.3 Ryhmätoimintojen muutoksen arviointi

Täydellistä arviointia ei tämän päättötyön raportin kirjoittamiseen mennessä ole tehty. Joitain johtopäätelmiä toiminnasta on tehtävissä ja alustavissa keskusteluissa on tehty muutamia muutosehdotuksia syksyä 2013 koskien. Neurologinen ryhmä toteutui syksyllä 2012 ja keväällä 2013 Harjavallassa ja Kokemäellä. Muutamien neurologisten pitkäaikaissairaiden oma-aloitteiset ”vaihtokaupat” yksilöhoidoista ryhmiin on mielestäni hyvä osoitus onnistuneesta toiminnan kehittämisestä ja tehostamisesta. Lisäksi neurologisessa ryhmässä käy nyt myös henkilöitä, joille ei aiemmin ole ollut tarjolla säännöllistä mielekästä toimintamuotoa, mutta jotka selvästi fysioterapian tarjoamasta palvelusta hyötyvät. Neurologiset ryhmät oli suunniteltu toteutettavaksi kymmenen kertaa sekä syksyllä että keväällä. Kevään osalta ryhmät kokoontuivat pienestä unohduksesta johtuen 15 kertaa. Määrä todettiin käydyissä keskusteluissa paremmin tarvetta vastaavaksi varsinkin yksilöterapian ryhmäterapiaan vaihtaneiden osalta, toki muidenkin. Allasharjoitteluryhmän osalta toteutui tavoitteena ollut saataavuus koko kauden ajan.

Satakunnan keskussairaalan järjestämän Satakunnan ja Seinäjoen keskussairaalan päivystykseen kaatumisen takia tulleiden iäkkäiden Tasapainoklinikka-mallin kehittämisen koulutuspäivässä saimme tietoa liikuntainterventioiden vaikuttavuudesta kaatumisten ehkäisyssä. Saamiemme tietojen perusteella päätimme kehittää omien tasapainoryhmien sisältöä ja ajoitusta niin, että intervention kokonaispituus kasvaisi suositeltuun vuoteen. Tasapainoryhmiin ohjaaminen on selvästi lisääntynyt sovittujen asiakasryhmien osalta fysioterapeuttien toimesta. Nivelrikkoryhmään ohjaaminen sen sijaan ei ole toivotussa määrin lisääntynyt. Lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien osalta läheteiden määrä on edelleen sekä tasapaino- että nivelrikkoryhmien osalta jäänyt vähäiseksi uudesta materiaalista ja tiedotuksen lisäämisestä huolimatta.

### 6.3 Kirjaaminen

Kirjaamisen kehittämisen tarve tuli ilmi (minulle) aloittaessani työskentelyn kuntoutustyöryhmän jäsenenä osastonhoitajaksi siirtyessäni. Kuntoutustyöryhmä päättää lähinnä eri-ikäisten pitkäaikaissairaiden lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Ryhmän jä-

seniä ovat tällä hetkellä johtava ylilääkäri, kuntoutussuunnittelija, puheterapeutti, neuropsykologi ja fysioterapeutti. Päätöksenteon tukena fysioterapian osalta on mm. fysioterapeutin tekemä arvio toimintakyvystä tai loppuarvio fysioterapiajaksosta ja suunnitelma fysioterapian sisällöstä ja määrästä. Kuntoutustyöryhmälle tulleista anomuksista osa sisälsi varsin kattavat tiedot asiakkaasta, osa taas oli sisällöltään varsin suppeita. Jos asiakas oli entuudestaan tuttu jollekin ryhmän jäsenelle, ei suurta ongelmaa vielä syntynyt. Kuntapohjan laajentuessa ei enää ollut mahdollista, että kaikki asiakkaat olisivat olleet ryhmän jäsenille tuttuja, joten kirjaamisen vajavaisuus alkoi tuottaa ongelmia. Näin ilmeni tarve kirjaamisen kehittämiseksi ja yhtenäistämiseksi.

Potilaslain 12§:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö veloitetaan merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Lohiniva-Kerkelän (2007, 140) mukaan oikeat ja riittävät potilastiedot edistävät hyvää ja tarkoituksenmukaista hoitoa ja lisäävät turvallisuutta. Tarkoituksenmukaisesti laaditut potilasasiakirjat lisäävät myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa, jos on tarpeen arvioida ammattihenkilöiden menettelyä ja toiminnan asianmukaisuutta. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tiedonkeruuvälvoitteen myötä perusterveydenhuollossamme otettiin vuoden 2011 lopussa käyttöön perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (AvoHILMO). AvoHILMO tietojen pohjalta THL seuraa perusterveydenhuollon tehtävien toteutumista. (THL 2013; Rautiainen & Saukkonen 2012, 3) AvoHILMO järjestelmän käyttöönotto vaati kirjaamista jokaisesta hoitotapahtumasta aiemman alku-, väli- ja lopustatuksen kirjaamisen lisäksi. Muutos oli mielestäni tervetullut - vaikka tulikin ulkopuolisen tahon sanelemana - ja oli omiaan lisäämään sekä asiakkaiden että fysioterapeuttien oikeusturvaa. Kirjaamiseen ja tilastointiin menevä aika on fysioterapiassakin viime vuosina lisääntynyt ja Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012, 8) julkaisussa todetaan, että toiminnan byrokratisoituminen näkyy kokonaistyöajan jakautumisessa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa.

Kirjaamista koskevan sisällöllisen uudistuksen aloitimme vuoden 2012 keväällä. Osastopalaverissa keskustelun pohjana oli ajatus siitä, mitä tietoja itse toivoisimme ja tarvitsisimme asiakkaasta. Keskustelun pohjalta tulleet ehdotukset muokkasin vastaamaan kansallisia otsikoita, joista käyttöön valikoituivat: Esitiedot (anamneesi),

toimintakyky, testaus- ja arviointitulokset, suunnitelma, apuvälineet, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot ja loppuarvio. Kansallisten otsikoiden alla esitetyt tiedot muokkautuivat keskustelujemme perusteella. Tässä vaiheessa en halunnut vielä rakenteisen kirjaamisen mallin mukaista nimikkeistöä otettavaksi käyttöön, koska potilastietojärjestelmä ei tue sitä toivotulla tavalla ja käsin syöttäen nimikkeistön käyttö olisi tehnyt kirjaamisesta entistä hankalampaa. Lisäksi uudistusta aloitettaessa Suomen Fysioterapeuttien ohje kansallisten otsikoiden ja nimikkeistön käytöstä (ja yhteensovittamisesta) oli vielä kesken. Eli käytännössä kirjaamme tällä hetkellä otsikkotason alle vapaata tekstiä.

Seuraavassa vaiheessa, potilastietojärjestelmän päivityksen jälkeen, kouluttaudumme käyttämään rakenteisen kirjaamisen yleismallia, jossa otsikkotason alle kirjataan erityistyöntekijöiden käyttämä nimiketaso, joka fysioterapeuteilla tarkoittaa RF-nimikkeistön käyttöä. Nimikkeistön alle kirjataan vapaa teksti. Fysioterapian rakenteista kirjaamista on ohjeistettu Kuntaliiton ja Suomen Fysioterapeuttien yhteisesti organisoiman NIKO-ryhmän toimesta (Ohje kansallisten otsikoiden ja fysioterapianimikkeistön käytöstä. Versio 1.0/24.10.2012 ja Fysioterapiapalvelujen sähköinen dokumentointi – ohje rakenteiseen kirjaamiseen potilastietojärjestelmässä. Versio 1.0/1.11.2012). Rakenteinen kirjaaminen tulee ottaa käyttöön viimeistään liityttäessä Kansallisen Terveysarkiston (KanTa) sähköiseen arkistoon. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä liittyy sähköiseen arkistoon näillä näkymin kesäkuussa 2014.

Kirjaamisen sisältöön voidaan jatkossa vaikuttaa myös GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) käyttöönotolla, vaikka menetelmää ei käytöön oteta kirjaamisen vuoksi. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 4 a §) velvoittaa lääkinnällisen kuntoutuksen osalta suunnitelmaa, josta ilmenee hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on lisäksi laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. GAS-menetelmä on asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline (Kela:n [www-sivut](http://www.kela.fi) 2013). Kelan laitospuolelta kuntoutusta järjestäviltä palveluntuottajien kokemusten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan GAS-menetelmä parantaa kuntoutuksen laatua ja tuloksellisuutta. Kela suosittelee avoterapioissa käytettäväksi GAS-menetelmän käyttöä nykyisellä vuoteen 2014 ulottuvalla ja seuraavalla 2015 – 2018 välisenä aikana

toetutuvalla sopimuskaudella. Pakolliseksi menetelmän käyttö tulee vuodesta 2019 lähtien Kelan avoterapioissa. (Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille GAS-menetelmän käytöstä 2012). Fysioterapiayksiköstämme kolme fysioterapeuttia ja lisäksi yksi vuodeosaston hoitaja on käynyt Satakunnan ammattikorkeakoulun järjestämän GAS-koulutuksen. Tavoitteenamme on ottaa GAS-menetelmä käyttöön ensin neurologisilla kuntoutujilla sekä avopuolella että vuodeosastolla vuoden 2013 loppuun mennessä. GAS-menetelmän käyttöönotolla tavoittelemme koulutusesittelyssäkkin (Samk:in [www-sivut](http://www.smk.fi) 2012) mainittua yhtenäisyyttä kuntoutuksen tavoitteiden asettamiselle ja koska tavoitteiden tunnistaminen GAS-menetelmässä perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen selvittämiseen tulee myös lain kirjain entistä paremmin täytettyä

Kirjaamisen sisällöllistä uudistamista ei ole vielä arvioitu, mutta kuntoutustyöryhmän jäseniltä on tullut positiivista palautetta parantuneista fysioterapian loppulausunnoista ja tehdyistä jatkosuunnitelmista..

#### 6.4 Perehdytys

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä kaikki osastot vastaavat omasta perehdytysmateriaalistaan. Työturvallisuuslain 2002/238 14 § ohjeistaa työnantajaa perehdyttämään työntekijää riittävästi työhön, työpaikan olosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Fysioterapiayksikön perehdytyskansion materiaalit eräs fysioterapeuteistamme päivitti lokakuussa 2012. Kootut materiaalit ovat lähinnä koko kuntayhtymää koskevaa ohjeistusta, esimerkiksi työterveyshuollon järjestäminen, ohjeistus sairaslomista yms. ilmoittamiseksi, varhaisen puuttumisen malli, hallintosääntö ja kuntayhtymän organisaation ja toiminta-ajatuksen esittely. Henkilöstöpäällikkö on kokoamassa lähitulevaisuudessa perehdytysmateriaalin kuntayhtymän kaikkia työntekijäryhmiä varten yleisistä asioista. Suunnitelmaan sisältyy myös säännöllisin väliajoin pidettävät kaikille uusille työntekijöille suunnatut perehdytykset. Meidän tehtäväksemme jää yksikkökohtaisten perehdytysmateriaalien kokoaminen.

Työkäytäntöjen perehdytys on fysioterapiayksikössämme perinteisesti hoidettu vieriovetuksella työn lomassa. Pääosassa perehdytyksessä on potilastietojärjestelmän ja yksikön käytäntöjen opettaminen. Vuodeosastolla tämä on helpointa, koska siellä pystytään perehdytys tekemään parityöskentelyn lomassa. Poliklinikan perehdytys on hieman haastavampaa, koska asiakkaan kanssa työskennellään yksin ja kaikissa vaiheissa tarvitaan potilastietojärjestelmää. Poliklinikalla perehdytys onkin toteutettu niin, että asiat on käyty ensin läpi esim. leikkipotilaan ajanvarausta, kirjausta ja laskutusta harjoitellen.

Vartian (1992, 8 -9, 11) mukaan onnistunut perehdyttäminen on uuden työntekijän ja organisaation etu eikä sitä voi yliarvioida. Onnistunut perehdytys myös lyhentää työn oppimiseen käytettävää aikaa. Perehdytyksessä on hyvä käyttää kirjallista ja suullista materiaalia, jotta perehdytettävä voi myös itsekseen tutustua materiaaliin ja palata siihen myös myöhemmin. Suullisen tiedon katsotaan siirtävän ns. hiljaista tietoa tehokkaasti. Meillä työkäytäntöjen perehdyttämisessä ei juurikaan ollut käytössä kirjallista materiaalia apuvälinepuolta lukuun ottamatta. Toisaalta tätä ei koettu pienessä yksikössä ongelmaksi, koska useimmiten apu oli lähellä. Kirjallinen materiaali takaa kuitenkin paremmin sen, etteivät pelkästään perehdyttäjän omat näkemykset asioista välity perehdytettävälle. Samalla kun priorisoinnin yms. osalta työkäytäntöjä on alettu saattaa kirjalliseen muotoon, oli luontevaa lähteä keräämään ja tuottamaan materiaalia myös kaikista muista toiminnoista. Näin perehdytyksestä tulisi suunnitelmallista ja samalla materiaali toimisi ikään kuin muistilistana. Samalla nämä dokumentit toimisivat tulevan laatukäsikirjan osioina.

## 6.5 Lääkinnälliset hoitosukat

Lääkinnällisten hoitosukkien prosessin kehittäminen on otettu tähän opinnäytetyöhön esimerkkinä moniammatillisesta prosessista ja sen kehittämisestä toimivammaksi.

Lääkinnällisiä hoitosukkia myönnetään Satakunnan sairaanhoitopiirissä potilaalle, jolla on vaikea alaraajaturvotus, syvä laskimotukos, alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta tai muu krooniseen turvotukseen johtava tila ja vaarana on kudosten muutosten ja/tai säärihaavojen syntyminen tai jo syntyneiden korjaaminen tai uusimisen ehkäi-

sy. Lääkärin suosituksen jälkeen hankinnan edellytyksenä on terveydenhuollon asiantuntijan potilaalle suorittama yksilöllinen tarvearvio. (Apuvälineiden saatavuusperusteet Satakunnan sairaanhoitopiirissä 2012, 6).

Vuoden 2010 loppuun asti apuvälinetoiminta, joihin myös lääkinnälliset hoitosukat kuuluvat, hoidettiin Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä omana toimintana. Lääkinnällisten hoitosukkien osalta päätökset teki kuntoutustyöryhmä. Vuoden 2011 alusta kuntien päätösten mukaisesti liityimme Satakunnan sairaanhoitopiirin koordinoiman apuvälinekeskukseen. Liittymisen myötä lääkinnällisten hoitosukkien anomukset välitettiin KuntoApu-ohjelmalla (nyk. Effector) apuvälinekeskukselle, jossa päätökset tehtiin. Anomusten sisältöön tuli muutoksen myötä tarkennuksia ja kaikkien jo aiemmin lääkinnällisiä hoitosukkia saaneiden ensimmäiset anomukset siirron jälkeen käsiteltiin tavallaan ”uusina” asiakkaina. Tämä muutos lisäsi anomusten tekijöiden työtä runsaasti ensimmäisenä vuotena. Tuolloin mittauksia ja anomuksia tekivät kuntahoitaja/jalkojenhoitaja Kokemäellä ja jalkojenhoitaja Harjavallassa. Valtimotiimiin kuuluvan jalkojenhoitajan osalta tämä vei suuren osan resurssista ja niinpä vuoden 2012 alusta mittaukset ja anomusten tekeminen siirtyivät Harjavallan osalta fysioterapiayksikölle. Kokemäellä jatkettiin entisellä mallilla, koska mittauksen tekijä oli fysioterapiayksikön työntekijä, joka osan työajastaan toimii jalkojenhoitajana.

Harjavallan yksiköstä koulutettiin yksi fysioterapeutti tekemään mittauksia ja anomuksia. Siirtymisen alkuvaiheessa anomusten tekeminen vei runsaasti aikaa, koska uusienkaan asiakkaiden osalta käytössä olevista potilaskertomuksista ei löytynyt suoraan tarvittavia perusteluja anomukseen, vaan fysioterapeutti joutui soittamaan lääkärille/hoitajalle täydentääkseen tietoja. Lisäksi ongelmia tuottivat vaadittavat ABI-mittaukset, joiden ohjeistuksessa oli epäselvyyksiä. Asiakkaan ohjaus kokonaisuudessaan oli puutteellisen tiedon vuoksi hankalaa. Silloinen toimintamalli huomattiin nopeasti kestäättömäksi sekä asiakkaan että henkilöstön kannalta. Lehtomäen (2009, 138) mukaan lääkäreiden erilaiset hoito- ja toimintakäytännöt koetaan hoitohenkilöstön osalta hankaliksi potilasohjauksen ja perehdytyksen osa-alueilla ja niiden katsotaan asettavan potilaat epätasa-arvoiseen asemaan. Kuntayhtymän lääkinnällisten hoitosukkien prosessi päätettiin kuvata kirjallisesti fysioterapiayksikön toimesta, jotta löytäisimme prosessin muutkin ongelmakohdat ja näin saataisiin kokonaisuus



toimivammaksi. Tulosta voitaisiin käyttää jatkossa myös ohjeistuksena koko hoitoketjun osalta.

Prosessin tarkastelu toi ilmi epäkohtia, esimerkiksi hoidon aloittaminen jalkojen sitomisella uusien asiakkaiden osalta oli kokonaan ohjeistamatta, vaikka koulutuksia esim. jalkojen sitomisesta oli järjestetty sekä kotisairaanhoidolle että lääkärivastaanoton työntekijöille. Lisäksi lääkärivastaanoton hoitajia oli koulutettu ABI-mittausten tekemiseen. ABI-mittauksia ei kuitenkaan pystytty jokaisessa toimipisteessä tekemään. Jalkojen sitominen ja ABI-mittaus ovat tärkeä osa koko prosessia ja ne pitää olla tehtynä ennen lääkinnällisten hoitosukkien mittausta. Prosessin kuvauksella oli siis tärkeää tuoda esiin myös ns. ”marssijärjestys” lääkinnällisiä hoitosukkia määrätessä, mitatessa, anoessa ja käyttöön otettaessa.

Keräsin kevään 2012 aikana Satakunnan keskussairaalan ihotautipoliklinikalta ja omalta haavahoitajaltamme ja mittaajilta mahdollisimman kattavat tiedot lääkinnällisen hoitosukan kokonaisprosessista. Lisäksi lääkärivastaanoton osastonhoitaja otti kantaa prosessin kuvaukseen lääkärivastaanoton toiminnan osalta. Ensimmäinen prosessikuvaus, jossa on huomioitu erikseen uusi- ja uusinta-asiakas, syntyi näiden tietojen pohjalta ja hyväksyttiin johtavan hoitajan ja johtavan ylilääkärin toimesta heinäkuussa 2012 (Liite 1). Hyväksynnän jälkeen prosessikuvaus jaettiin ja sitä avattiin hoitajille ja lääkäreille heidän palaverissaan.

Prosessikuvauksessa oli jonkun verran työkaavion omaista ohjeistusta, mutta syksyn kuluessa huomattiin, että vielä tarkempaa tasoa kaivattiin, jotta toimintojen oikea-aikaisuus ja asiakkaan oikea ohjaaminen toteutuisivat pelkän ohjeen perusteellakin toimittaessa (vrt. perehdytys). Lisäksi keskustelua herätti ABI-mittausten tarpeellisuus yleensä ja uusintakäyntien osalta. Tarkoituksena oli kevään 2013 aikana sisätautien erikoislääkärin kanssa keskustella ABI-mittausten osiosta ja tältä osin tarkentaa ohjetta tarvittaessa. Sisätautien erikoislääkärin siirryttyä vuoden 2013 ajaksi pääosin muihin tehtäviin kuntayhtymän ulkopuolelle, arviointi siirtyi myöhemmäksi. Prosessikaavio vaatii lisäksi päivittämistä ABI-mittauksen ajanvarauksen muutoksen myötä.

## 7 POHDINTA

Fysioterapiaosaston kehittäminen on ollut mielenkiintoinen ja vaativa opintomatka niin fysioterapian perusasioiden, kehittämisen kuin yhteisöllisyydenkin näkökulmasta. Fysioterapian priorisoinnin kehittämisen lähtökohtana olivat fysioterapiasuositukset ja – tutkimusyhteenvedot, jotka helpottivat taustatiedon koostamista. Tänä päivänä tutkimustietoa on saatavilla jo niin runsaasti, että sen hahmottaminen ja hyväksikäyttö on varsin hankalaa. Yksittäiselle fysioterapiaosastolle uusien vaikuttavuustutkimusten seuraaminen ja niiden perusteella tarvittavien muutosten tekeminen käytännön työhön on vaativa urakka. Vaikuttavien hoitomuotojen käyttöönoton onkin todettu olevan terveydenhuollossa hidasta (Etiikan tila sosiaali- ja terveystieteillä 2012, 23). Tältä osin kaipaankin alueellista yhteistyötä perusterveydenhuollon toimijoiden ja erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteistyöllä myös alueellinen tasa-arvoisuus voisi parantua.

Fysioterapiaosastomme fysioterapian priorisoinnin kirjallisen ohjeistuksen valmistuttua, sen käyttöönotto alkoi hiljalleen kevään 2012 aikana. Syksyllä 2012 fysioterapiaosastolla ei ollut enää jonoja, eikä jonoja ole muodostunut kevääseen 2013 mennessäkään. Ryhmätoimintojen kehittäminen integroitui hyvin priorisointiin ja tuki sen toteuttamista. Äkipäätään voisi ajatella, että homma tuli hoidetuksi. Asiakkaan kannalta tilanne onkin ehdottomasti hyvä kun fysioterapeutin vastaanotolle tai tarvittavaan ryhmään pääsee jonottamatta noin viikossa. Negatiivista palautetta ei ole ohjaus ja ryhmäpainotteisesta toiminnasta oikeastaan tullut, mutta tältä osin tarkempi asiakaskysely on paikallaan. Toisaalta voidaan nostaa esiin kysymys siitä, onko tilanne hyvä toteutetun priorisoinnin ansiota. Lammintakasen (2005, 110) mukaan priorisoinnin vaikutuksia on vaikea tunnistaa ja usein lopputulos muodostuu useista eri päätöksistä. Meidän pitääkin analysoida tapahtunutta muutosta vielä tarkemmin. Emmekä voi – hyvästä tilanteesta huolimatta – jäädä lepäämään laakereille, vaan kehittämistä pitää jatkaa.

Hyvässä jonotilanteessa voi olla jotain huonoakin. Pitkät jonot nähdään Ryynäsen ja Myllykankaan (2000, 225) mukaan keinona taistella resursseista ja turvana resursseihin kohdennettavia vähennysyrityksiä vastaan. Sama huoli nousi muutamien fysio-

rapeuttien mieleen jonotilanteen muututtua. Itse näen tilanteen mahdollisuutena kehittää toimintaa edelleen, enkä usko toiminnan tehostumisen automaattisesti johtavan resurssien vähentämiseen, varsinkin kun kuntoutuksen kokonaisuus on ollut Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän painopistealueena. Toki ns. järjestelyjono on havaittu toiminnan tehokkuuden kannalta hyväksi. Ryynäsen ja Myllykan-kaan mukaan optimaalista pituutta jonolle on vaikea määritellä, mutta jo muutaman viikon jono takaa, että käytettävissä olevat resurssit hyödynnetään tehokkaasti. Tehostamisen myötä vapautunutta resurssia on myös siirretty ostopalveluna hoidettavan kunnan resurssivajetta tasaamaan. Myös fysioterapiayksikössämme vallalla oleva kulttuuri esim. vuodeosaston ”auttamisesta” peruutusaikoina lisää tehokkuutta.

Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa korostaa yhteisöllisyyttä, siinä tutkija on mukana tutkittavassa yhteisössä, tekee aloitteita ja vaikuttaa (Aaltola & Valli 2010, 223). Tämän tyyppinen lähestymistapa sopi hyvin kehittämiseemme, koska fysioterapiaosaston osastonhoitajana olin osa muutosinterventiota, en vain ulkopuolinen tarkkailija. Lopputuloksen saavuttaminen ei kuitenkaan olisi onnistunut ilman henkilöstön osallistumista ja sitoutumista. Simola (2007, 64) kuvaakin kuntoutustyössä tarvittavaa osaamista kartoittavassa toimintatutkimuksessaan miten vuoropuhelua ja yhteistoiminnallisuutta hyödyntämällä on mahdollistettu työyhteisön kollektiivinen oppiminen ja hiljaisen tiedon sanallistaminen. Uskon meidän päässeen pitkälle näidenkin elementtien osalta ja että olemme löytäneet fysioterapiaosastolle tavoitteena ollen sopivan kehittämistavan.

Suurimpana riskitekijänä tässä kehittämistyössä oli mielestäni usean kehittämisalueen eteenpäin vieminen samanaikaisesti. Vaikka eri osa-alueet etenivät lomittain, vaarana oli väsyminen itse kehittämistyöhön ja/tai sen tuomiin muutoksiin. Merkkejä väsymisestä ja liiasta kuormittumisesta ei kehittämisen edetessä juurikaan ilmennyt. Opinnäytetyön raportointitilaisuudessa henkilöstö kertoikin, että kehittäminen on edennyt työn lomassa välillä huomaamatta. Osallistuminen ja aito vaikuttamisen mahdollisuus ovat ehkä myös helpottaneet kuormitusta. Kehittäminen on myös edennyt työelämän, ei opinnäytetyön sanelemana, siksi kaikkia suunniteltuja arviointoja ei opinnäytetyön raportin kirjoittamiseen mennessä saatu tehtyä. Arviointien ja analysoinnin viivästyminen onkin suurin negatiivinen seuraus kehitystyön laaja-alaisuudesta. Kehittäminen onkin ollut ennemmin prosessin alku, eikä niinkään pro-

jekti, jolla on selkeä alku ja loppu. Laadunhallintajärjestelmän ja laatukäsikirjan käyttöönottoon on siis vielä matkaa.

Tavoitteena on tietenkin jatkaa toiminnan kehittämistä ja haasteena onkin muuttaa toiminta jatkuvaksi parantamiseksi, jonka perimmäisenä ajatuksena Larikan (1998, 5) mukaan on poistaa turhaa työtä, joka ei tuota asiakkaalle arvoa. Henkilöstön osallisuus jatkuvassa parantamisessa on myös keskeisessä asemassa. Fysioterapiaoastolle on myös löydettävä sopivat keinot ja mittarit toiminnan ja laadun arvioimiseksi ja edelleen kehittämiseksi. Laadunhallinnan perustyökalu prosessien arviointi on tähän hyvä lähtökohta. Myös uusia kehittämiskohteita on jo nostettu esiin. Vuodeosastolla aiemmin ja tällä hetkellä työskentelevien fysioterapeuttien viesti on ollut, että he joutuvat itsenäisesti ja ilman selkeitä kriteerejä päättämään priorisoinnista vuodeosastolla. Nykyinen toimintatapa lisää selvästi työn kuormittavuuden tunnetta. Lisäksi tavoitteena on selvittää tehtäväsiirtona toteutettavaa fysioterapeuttien alaselkävas-  
taanon toimivuutta ja tarvetta. Eli näillä näkymin eteenpäin ollaan menossa.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Apuvälineiden saatavuusperusteet Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Alueellinen malli. 2012. Viitattu 18.3.2013. <http://www.satshp.fi>

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 1991. 1991/1015.

Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. 2012. ETENE-julkaisuja 35. Viitattu 16.3.2013. [www.etene.fi/Julkaisut](http://www.etene.fi/Julkaisut)

Fysioterapiapalvelujen järjestäminen. Standardi II. European Region of WCPT. Suomen Fysioterapialiitto. Viitattu 14.4.2013. [www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi)

Hakulinen, K. 2004. Avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2004. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hallipelto, A. 2008. Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Kunnallisan alan kehittämissäätiö. Viitattu 13.4.2013. [www.kaks.fi](http://www.kaks.fi)

Harisalo, R. 2012. Organisaatiokulttuuri kaupunkien kehittämistoiminnan perustana. Teoksessa Leponiemi, U., Rannisto, P.-H., Stenvall, J., Lumijärvi, I. & Harisalo, R. 2012. Kehittämistoiminta kunnissa. Kuntien kehittämisprosessien hallinnan nykytila ja käytännöt. Kuntakehto, Tuottava ja hallittu kehittämistoiminta kunnissa -tutkimus- ja kehittämishanke 2012. Viitattu 25.2.2013. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008, Tutkiva kehittäminen: avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Vantaa: Kansanvalistusseura.

Hetemaa, T., Vuorenkoski, L. & Keskimäki, I. 2003. Priorisointi ja jonoasettamisindikaatiot – kirjallisuuskatsaus. STM:n monisteita. Viitattu 6.4.2013. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/jono/luku2.htm>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008, Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holma, T., Tolvanen, R. & Vihma, M. 2010. ITE3: 2010. Opas ITE-itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Häkkinen, A. 2012. Juoksua vaikuttavuuden valtateilla – näyttöön perustuva fysioterapia. Juhlaluento 12.12.2012. [www.jyu.fi](http://www.jyu.fi) Viitattu 22.4.2013

Idänpää- Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit: Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Viitattu 20.11.2012.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita20-2000.pdf>

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Viitattu 23.10.2012.  
<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>

ITE – Työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net). Viitattu 25.2.2013.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. 2009. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 23.10.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf)

Juuti, P. & Luoma, M. 2009. Strateginen johtaminen. Miten vastata kompleksisen ja postmodernin ajan haasteisiin? Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Kauste, O. 2008. Johtajuuden yhteys henkilöstön työhön sitoutumiseen ja haluun pysyä työssä. Tutkiva hoitotyö 6(3), 18 - 23.

Kela:n www-sivut. 2013. GAS. Viitattu 6.4.2013. [www.kela.fi](http://www.kela.fi)

KHO:2002:43. Viitattu 15.3.2013. <http://www.kho.fi/paatokset/17793.htm>

Kinnunen, J. & Vuori, J. 2005. Terveystenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa: Terveys ja johtaminen. Terveysthallintotiede terveystenhuollon työyhteisöissä. Toim. Vuori, J. Helsinki: WSOY

Komulainen, M. 2010. Ulkoistaminen kunnissa. Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisten palvelujen tuottamismuotona. Acta väitöskirja. Acta 222. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Viitattu 24.2.2013.  
<http://acta.uta.fi>

Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveystenhuollon tutkimuksissa. Sosiaali- ja lääketieteellinen aikakauslehti. 2009:46 285 – 297.

Korhonen, T. 2011. Yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittäminen: Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi –toimintamallin sopivuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Raportti R5a. Viitattu 23.10.2012.  
[http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT\\_Raportti\\_R5a.pdf](http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT_Raportti_R5a.pdf)

Kukka, A. 2011. Terapiahenkilöstötarpeen arviointi kansainvälisten kokemusten valossa. Suomen Fysioterapeutit ry. Raportti 2011. Viitattu 21.2.2013.  
[www.suomenfysioterapeutit.fi/](http://www.suomenfysioterapeutit.fi/)

Kukkonen, J., Sävelä, M., Eerola, P., Mäkelä, H., Murashev, A., Kukkelä, A., Aarnio, P. & Hannukainen, J. 2011. Ohje ortopedisten potilaiden lähettämiseksi Satokunnan keskussairaalaan.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 1992/785.

Lamberg, T. & Lodenius, L. 2012. Systemaattinen tiedonhaku näyttön perustuvaa lääketiedettä etsittäessä. Viitattu 14.4.2013. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Lammintakanen, J. 2005. Health Care Prioritisation – Evolution of the concept, Research and Policy Process. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Larikka, M. 1998. Ideat tuottamaan. Opi jatkuva parantaminen. Helsinki: Kauppa-kaari Oy.

Lecklin, O. 2002. Laatu yrityksen menestystekijänä. Jyväskylä: Gummerus.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteenlaitos. Viitattu 14.4.2013. [www.uta.fi](http://www.uta.fi)

Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu: Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki: Otava.

Lohiniva-Kekäläinen, M. 2007. Terveystieteiden juridiikka. Helsinki: Talentum.

Lääkinnällinen kuntoutus. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. Helsinki. Viitattu 20.2.2013  
[http://www.vtv.fi/files/1837/1932009\\_Laakinnallinen\\_kuntoutus\\_netti.pdf](http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf)

Myllykangas, M. & Ryyänen, O – P. Terveystieteiden peruskurssi - Terveystieteiden huollon priorisoinnin etiikasta. [www.kantti.net](http://www.kantti.net) Viitattu 22.4.2013

Outinen, M., Mäki, T., Siikander, S. & Liukko, M. 2001. Laatu kannattaa – Mikä kannattaa laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes. Viitattu 29.9.2012.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita8-2001.pdf>

Outinen, M., Räikkönen, O., Holma, T. & Voipio-Pulkki, L-M. 2007. Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Stakes. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Stakes. Viitattu 29.9.2012.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R10-2007-VERKKO.pdf>

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. (toim.). 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38. Helsinki: Valopaino.

Pulkki, J. 2012. Aluetason kuntoutusjärjestelmä. Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 17.3.2013. <http://acta.uta.fi>

Päätaalo, M. 2005. Strategisista valinnoista kokonaishallintaan. Kunnan palvelurakenneprojektin toteutus muutosprosessina. Acta-väitöskirjasarja nro 5. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Viitattu 23.10.2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1458159>

Rautiainen, H. & Saukkonen, S-M. 2012. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. THL. Viitattu 6.4.2013. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WSOY

Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P & Takala J. 1999. Terveysten ja sairauten valinnat. Suomen kuntaliitto, Kuopion yliopisto, Helsinki.

Samk:in www-sivut. 2012. GAS-menetelmäkoulutus. Viitattu 6.4.2013. [www.samk.fi](http://www.samk.fi)

Simola, M. 2007, Kuntoutustyössä tarvittava osaaminen: Toimintatutkimus osaamisen kartoittamisesta osana työhyvinvoinnin ja osaamisen kehittämistä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 1.2.2009. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01748.pdf>

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 19.9.2012. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut)

Sosiaali- ja terveyspoliittisen ministeriryhmän esitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskeviksi linjauksiksi. 2012. Viitattu 31.3.2013. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakennemuudistus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuudistus)

Suomen fysioterapeutit. 2013. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Viitattu 7.4.2013. [www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi)

Suomen Fysioterapeuttiliitto. 2004. Asiakaspalautelomake

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste ISSN=1798-5137. 2009. Helsinki: Tilastokeskus (viitattu: 24.2.2012). [http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009-09-30\\_tie\\_001.fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009-09-30_tie_001.fi.html)

Talousarvio vuodelle 2012. Taloussuunnitelma vuosille 2012 – 2014. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä.

Terveystenhuoltolaki. 2010. 2010/1326.

Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille GAS-menetelmän käytöstä. 2012. Viitattu 6.4.2013. [www.kela.fi](http://www.kela.fi)

THL. AvoHILMO. Viitattu 6.4.2013. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)



Työturvallisuuslaki. 2002. 2002/238

Valtiovarainministeriö. 2012. Hankkeet. Viitattu 19.9.2012.

[http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet)

Vartia, M. 1992. Työhön perehdyttäminen sosiaalitoimessa ja terveydenhuollossa. Teoksessa Elovainio, M. (toim.) Perehdyttäminen ja tiimityö. Sosiaali- ja terveyshallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vohlonen, I. & Vienonen, M. 2011. Menetetyt elinvuodet, Keski-Satakunta. Esitelmä Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän tulevaisuusseminaarissa 29.9.2011.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Viitattu 6.4.2013. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)